

Российская Академия Наук
Институт философии

**БИОЭТИКА И ГУМАНИТАРНАЯ
ЭКСПЕРТИЗА**

Проблемы геномики, психологии и виртуалистики

Москва
2007

УДК 171
ББК 87.7
Б-63

Ответственный редактор
доктор филос. наук *Ф.Г. Майленова*

Рецензенты
доктор филос. наук, кандидат мед. наук *А.Я. Иванюшкин*
доктор филос. наук *И.К. Лисеев*

Б-63 **Биоэтика** и гуманитарная экспертиза: Пробл. геномики, психологии и виртуалистики [Текст] / Рос. акад. наук, Ин-т философии ; Отв. ред. *Ф.Г. Майленова*. — М.: ИФ-РАН, 2007. — 223 с.; 20 см. — Библиогр. в примеч. — 500 экз. — ISBN 978-5-9540-0084-9.

В книге предполагается дать инвентаризацию и анализ социально-философских и этических проблем, возникающих вследствие бурного прогресса геномики, особенно при планировании и проведении геномных исследований, которые требуют этического и правового регулирования. Быстро растущие масштабы такого рода исследований являются одним из главных факторов, определяющих актуальность публикации. Коммерциализация геномных исследований создает новый спектр морально-правовых проблем, пересекающихся отчасти с проблемами бизнес-этики. Представлены моральные проблемы этногенетики — междисциплинарной области науки, позволяющей на новом уровне описать генетические особенности народов и восстановить историю их формирования и формирования человека как биологического вида в целом. Подчеркивается эволюционная ценность разнообразия человечества, позволившая освоить ему все климатические зоны Земли.

Особый раздел книги отведен обсуждению других актуальных проблем биоэтики и гуманитарной экспертизы (проблем развития здравоохранения, медицинской психологии).

ОБЩИЕ ПРОБЛЕМЫ БИОЭТИКИ

Б.Г. Юдин

Чтоб сказку сделать былью? (Конструирование человека)*

От утопии к науке

Споры о ведущей роли природы (или наследственности, или генов) либо общества (соответственно среды или воспитания) в формировании человеческих качеств ведутся очень давно. Нередко отмечается маятниковый характер смены представлений о том, чем именно определяются эти качества. Действительно, несколько десятилетий назад преобладали представления, в которых ключевая роль отводилась социальным факторам; сегодня же значительно более популярны воззрения тех, кто считает решающим влияние наследственности (генов). Разумеется, в качестве основания для такого изменения взглядов обычно называют колоссальные достижения биологических наук, и прежде всего — проводимые на молекулярном уровне исследования по генетике человека.

На мой взгляд, однако, сами по себе эти достижения — сколь бы впечатляющими они ни были — являются лишь одной из причин этого сдвига, в результате которого именно генетическим, а не средовым, не социальным факторам стала отводиться ключевая роль при объяснении природы человека и его поведения. Ведь и сам этот бурный прогресс биологических наук в существенной степени обусловлен сдвигами социально-культурного порядка.

С одной стороны, исследования в области генетики и шире — биологии человека стали несомненным приоритетом не только для современной науки, но и для современного общества. С другой стороны, более высокое доверие к биологическим трактовкам природы

* Статья подготовлена при поддержке РГНФ, грант № 05-03-90306а/Б.

человека в противовес трактовкам социологическим или наоборот — это, в конечном счете, выбор, который делают сами люди, который делает общество.

Здесь уместно будет провести такую аналогию. Предпочтение биологического либо социологического истолкования природы человека можно сопоставить с предпочтением различных объяснений этих перемен в общественных умонастроениях. Одно из таких объяснений ставит во главу угла прямое восприятие обществом научных достижений — как если бы общество было непосредственным реципиентом той весьма специализированной интеллектуальной продукции, которую поставляет ему наука. Другое же объяснение акцентирует роль социально-культурных факторов, которые не просто опосредуют передачу обществу этой интеллектуальной продукции, но и сами в значительной мере определяют те зоны текущего производства новых научных знаний и технологий, которые вызывают повышенный интерес со стороны общества. Обращение к этим факторам, между прочим, позволяет обнаружить немало весьма значимых особенностей и нюансов нынешнего массового «обращения в генетическую веру».

Возьмем только один пример. Зоолог и этолог Франс де Ваал пишет о том, что сегодня противопоставлению природы и воспитания приходит конец¹. Он вспоминает, что когда в 1970-е гг. в своих публичных лекциях он рассказывал о сексуально обусловленных различиях в поведении шимпанзе, в частности о том, что самцы более агрессивны и более амбициозны, чем самки, ему приходилось сталкиваться со взрывами протеста². Его обвиняли и в проекции своих ценностей на поведение животных, и в недостаточной строгости его методов, и в других грехах.

Сегодня же, по его словам, подобную информацию повторяют столь широко и часто, что она нагоняет на слушателей зевоту. Казалось бы, сторонники биологических объяснений могут праздновать победу, однако де Ваала это отнюдь не устраивает. «Мы ничуть не приблизились к рациональному пониманию взаимодействия генов и среды, — пишет он. — Общество позволило маятнику беспорядочно качнуться назад от воспитания к природе, оставив в недоумении многих обществоведов. Тем не менее мы до сих пор любим выражать все в терминах влияния либо того, либо другого, а не того и другого вместе»³.

И далее автор говорит о необоснованности и даже опасности такого рода противопоставлений. Он считает, что современные исследования все более определенно показывают взаимопереплетение биологических и социальных детерминант. Вследствие этого, надеется он, в будущем «столь популярные сегодня дихотомии ослабеют вплоть

до того, что от них можно будет отказаться. Вместо того, чтобы видеть в культуре антитезу природе, мы придем к более глубокому пониманию человеческого поведения, потихоньку проведив в могилу старый спор о примате природы либо воспитания»⁴.

Вполне можно было бы согласиться с аргументацией и выводом Ф. де Ваала, если бы не одно обстоятельство. Он ведь далеко не первый, кто предлагает похоронить противопоставление природы и воспитания. Подобные суждения, и вполне аргументированные, опиравшиеся на авторитет новейших научных достижений соответствующего времени, высказывались едва ли не на всех стадиях этого векового спора. Но, как оказывается, до сих пор это не мешало продолжению противоборства — видимо, его питают далеко не одни лишь научные доводы, но и нечто коренящееся в жизни общества и в его культуре.

Тем не менее в наши дни это противостояние разыгрывается во многом по-новому. С целью проиллюстрировать это обратимся к миру утопии. В нем, как и везде, сегодня происходят кардинальные перемены. Время социальных утопий, видимо, уходит в прошлое. Одной из главных причин этого, на мой взгляд, является то, что утратил актуальность сам *замысел* построения *идеального социального порядка*. Он представляется ныне не только недостижимым, но и не особенно привлекательным. Ключевую роль в его развенчании сыграли антиутопии XX в. — как художественные вымыслы (или прозрения) Евг. Замятина, А.Платонова, Дж.Оруэлла, О.Хаксли и других авторов, так и те, не менее жуткие, которыми обернулась практическая реализация некоторых утопических проектов. Поэтому наши искушенные современники бывают не очень-то склонны уповать на социальный порядок — к нему, как правило, предъявляются минимальные требования: только бы не мешал жить.

Сам же импульс, питающий утопическое мышление, отнюдь не иссяк. Теперь оно прорастает на иной почве — *место социальных утопий занимают утопии индивидуальные*. Разумеется, я здесь имею в виду не проекты создания идеального человека — таковые всегда были главной составной частью социальных утопий. Объектом же индивидуальных утопий является будущее не общества, а самого «утопающего», его детей, вообще близких, а то и копий, получать которые можно будет путем клонирования. В пространственном отношении такая утопия ограничивается близким окружением, оказывается локальной. Вожделения же направляются на такие объекты, как крепкое здоровье, способность добиваться высших достижений в тех или иных областях деятельности, комфортная, счастливая, активная, долгая (в пределе, и сегодня уже отнюдь не только абстрактно мыслимом —

бесконечная) жизнь. Такого рода проекты, ориентирующиеся на достижения (чаще чаемые, чем реальные) генетики, именуют «приватной», «семейной», «домашней» евгеникой.

Ориентиром и мерой прогресса при этом выступает непрестанное, в идеале даже безграничное, расширение индивидуальных возможностей человека. Что касается средств, которые предполагается использовать для реализации этих упований, то основные надежды теперь возлагаются отнюдь не на социальные преобразования, а на достижения науки и технологии. Действительно, неисчерпаемым источником, питающим утопическое мышление наших дней, являются биологические науки, и прежде всего — генетика. Они выступают в этой роли вовсе не впервые, но в контексте современных утопических умонастроений их роль, как мы увидим в дальнейшем, оказывается весьма своеобразной. И, что характерно, при этом вовсе не имеется в виду то взаимодействие, взаимопереплетение биологической и социальной детерминации, о котором говорит де Ваал.

Сказанное никоим образом не означает, что биологические трактовки человека достигли абсолютного господства. Скорее нынешнюю ситуацию можно охарактеризовать как очередной этап противостояния, конкуренции двух программ — биологической и социальной. Да, сегодня биологическая программа, безусловно, превалирует, однако и социальная программа, претерпевая во многом те же трансформации, что и биологическая, обретает новые возможности для своего развития и практического воплощения.

Эти вкратце обрисованные трансформации являются, на мой взгляд, лишь одним, хотя и весьма характерным, выражением глубоких и далеко не в полной мере осознаваемых нами сдвигов в направлениях и приоритетах нынешнего научно-технического развития. В первую очередь это касается таких областей, как биомедицинские и компьютерные технологии. Яркой иллюстрацией сказанного представляется тематика, к которой ныне обратился автор одной весьма нашумевшей в начале 1990-х гг. концепции.

Возобновление истории?

В вышедшей несколько лет назад книге⁵ Фрэнсис Фукуяма соглашается с теми его оппонентами, которые оспаривали идею «конца истории». И причина такого изменения позиции — вовсе не события 11 сентября 2001 г. Он не склонен интерпретировать атаку террористов в духе «столкновения цивилизаций» — западной и исламской — по С.Хантингтону. «Я считаю, — пишет Фукуяма, — что эти события вовсе не были проявлением чего-либо подобного и что исламский

радикализм, стоящий за этими событиями, есть всего лишь отчаянная арьергардная акция, которая со временем будет подавлена более широкой волной модернизации» (р. XII).

Основанием же для того, чтобы не просто отрицать конец истории, но и, более того, говорить о ее *возобновлении*, является, с точки зрения Фукуямы, происходящая ныне биотехнологическая революция и те вызовы, которые она ставит перед человеком, перед обществом, перед политикой. Эта революция — не просто нарушение или ускорение размеренного хода событий; она приводит к тому, что будущее человечества вовсе не является предопределенным, как то утверждалось в концепции «конца истории». Напротив, оно оказывается открытым, в решающей мере зависящим от наших нынешних решений и действий.

Сценарии «постчеловеческого будущего», которые рисует Фукуяма, выглядят довольно мрачными; при этом некоторые из тенденций такого развития событий уже реализуются. Пути же в это постчеловеческое будущее как раз и прокладывает биотехнологическая революция. Человечество, впрочем, может избежать такого будущего, но для этого ему надлежит прилагать специальные усилия, причем целенаправленные и скоординированные.

Исходное представление о постчеловеческом обществе автор очерчивает путем сопоставления двух популярнейших антиутопий — «1984» Дж.Оруэлла и «Прекрасный новый мир» О.Хаксли. Обе они, по мнению Фукуямы, предвосхитили две большие технологические революции: базисом первой антиутопии являются информационные, а второй — биологические технологии. Но если технологические предвидения оказались довольно точными в обоих произведениях, то в политическом отношении предвидения Дж.Оруэлла безнадежно уступают тем, которые были сделаны О.Хаксли.

В целом различные модели «жесткого» тоталитаризма, который живописал Оруэлл, ненадолго пережили установленную им сакраментальную дату — 1984 г. В то же время технологические возможности, многие из которых уже 70 лет назад предвидел Хаксли, такие как оплодотворение в пробирке, суррогатное материнство, психотропные лекарства и т.п., в ходе их все более расширяющегося применения заложили основы для более «мягких», однако и более основательных, глубинных способов воздействия на человека.

Как писал в этой связи в 1946 г. сам Хаксли, его интересовали в романе «лишь те научные успехи, те будущие изысканья в сфере биологии, физиологии и психологии», результаты которых могут быть непосредственно применены к людям. И далее: «Жизнь может быть

радикально изменена в своем качестве только с помощью наук о жизни. Науки же о материи, употребленные определенным образом, способны уничтожить жизнь либо сделать ее донельзя сложной и тяжелой; но только лишь как инструменты в руках биологов и психологов могут они видоизменить естественные формы и проявления жизни»⁶.

В противоположность «1984», в «Прекрасном новом мире», как отмечает Фукуяма, «зло не столь очевидно, поскольку никто не страдает; действительно, в этом мире каждый получает то, что он хочет. ...В этом мире нет болезней и социальных конфликтов, нет депрессий, душевных расстройств, одиночества или эмоционального страдания, секс всегда качественный и легко доступный» (р. 5). Но хотя люди в «Бравом новом мире» здоровы и счастливы, они, продолжает Фукуяма, перестают быть *человеческими существами*. Они больше не борются, у них нет желаний, любви, они не чувствуют боли, не встречаются с ситуациями сложного морального выбора, у них нет семей, и вообще они не делают ничего из того, что мы традиционно связываем с человеческим существованием.

«Прекрасный новый мир», таким образом, — это вовсе не грубое насилие над человеческой природой. Это — радикальное ее преобразование, которое можно интерпретировать даже как полный отказ от нее во имя чего-то другого.

«Цель моей книги, — пишет в этой связи Фукуяма, — показать, что Хаксли был прав, что самая существенная угроза, исходящая от современной биотехнологии, — это возможность того, что она изменит природу человека и, таким образом, приведет нас в “постчеловеческую” стадию истории. Это важно, по-моему, потому что природа человека существует, что это — осмысленное понятие, что она обеспечивает устойчивую непрерывность нашего существования как вида. Именно она совместно с религией определяет наши самые фундаментальные ценности. Природа человека формирует и ограничивает возможные виды политических режимов, так что если какая-либо технология окажется достаточно могущественной, чтобы переформировать нас, то это будет, видимо, иметь пагубные последствия для либеральной демократии и для природы самой политики» (р. 7).

Сегодняшнее развитие науки и техники открывает такие возможности реализации утопий, которые были недоступны во времена Хаксли и Оруэлла. «Если, — пишет Фукуяма, — оглянуться на средства, которые использовали социальные инженеры и планировщики утопий прошлого столетия, они представляются невероятно грубыми и *ненаучными* (курсив мой. — Б.Ю.). Агитпроп, трудовые лагеря,

перевоспитание, фрейдизм, выработка рефлексов в раннем детстве, бихевиоризм — все это было похоже на то, как если бы квадратный стержень природы человека пытались забивать в круглое отверстие социального планирования. Ни один из этих методов не опирался на знание нейронной структуры или биохимической основы мозга; ни у кого не было понимания генетических источников поведения, а если и было, то его нельзя было применить для воздействия на них» (р. 15).

По правде говоря, сам по себе недостаток научных знаний редко ограничивает утопически-конструкторскую мысль, и едва ли изобретатели и пользователи перечисленных Фукуямой методов воспринимали такой дефицит как серьезное препятствие. Напротив, как я уже отмечал в начале статьи, каждый из этих методов считался, а в известной мере и был, воплощением самых последних достижений научного гения, которые тогда было попросту невозможно оценивать и критиковать с наших сегодняшних позиций. Вместе с тем не стоит переоценивать научную обоснованность и практическую эффективность сегодняшних, безусловно, намного более изощренных, технологий воздействия на человека. Вполне вероятно, что через полстолетия и они будут восприниматься как ужасно грубые, неэффективные и малонаучные. На мой взгляд, различия между утопизмом тогдашним и нынешним лежат совсем в другой плоскости.

Обращаясь к вопросу о том, насколько реальны опасности, порождаемые современной биотехнологией, Фукуяма рассуждает следующим образом. Возможно, замечает он, со временем мы обнаружим, что последствия биотехнологии исключительно благоприятны и что зря мы из-за них теряли свой спокойный сон. Возможно также, что биотехнология окажется не столь могущественной, как это представляется сегодня, или что люди проявят достаточную умеренность и осторожность в обращении с нею. Но эти оптимистические ожидания подрывает то обстоятельство, что, в отличие от многих других научных достижений, биотехнология создает неразделимую смесь очевидных благ и трудно уловимого вреда. «Во многих случаях, — отмечает Фукуяма, — медицинские технологии предлагают нам сделки с дьяволом: более продолжительная жизнь, но с пониженными умственными способностями; освобождение от депрессии с одновременным освобождением от творчества и от духовной жизни; лечение, которое размывает грань между тем, чего мы достигаем сами по себе, и тем, чего мы добиваемся за счет воздействия на наш мозг различных химикатов» (р. 8).

На мой взгляд, такое противопоставление биологических и медицинских технологий всем другим является излишне резким. Практически в любой новой технологии, предлагаемой для практического

использования, поскольку с ней так или иначе придется взаимодействовать человеку, можно выделить как позитивные, так и негативные стороны. Более того, специальный междисциплинарный комплексный анализ *любой новой технологии*, направленный на выявление этих позитивных и негативных сторон, на оценку связанного с ней риска и управление им, который можно назвать *гуманитарной экспертизой*⁷, представляется сегодня чрезвычайно актуальной и совершенно необходимой формой оценки технологий. И все же нельзя не признать того, что именно биомедицинские технологии несут в себе особый, самый непосредственный, если так можно выразиться, интимный риск для человека, поскольку ими определяются возможности самых радиальных модификаций его телесного и психического существования.

На пути в сказку: сценарий № 1

Фукуяма описывает четыре биотехнологических пути, ведущих в постчеловеческое будущее. Это — расширение знаний о мозге и биологических основах человеческого поведения; нейрофармакология и манипулирование эмоциями и поведением; продление жизни; генетическая инженерия.

Рассматривая науки о мозге, Фукуяма дает характеристику того, что он называет биотехнологической революцией. Она отнюдь не сводится к тому, что происходит в области генетической инженерии; более того, возможно, для того, чтобы попасть в постчеловеческое будущее, нам вовсе не придется ждать ее грандиозных успехов. «То, что мы переживаем сегодня, — пишет Фукуяма, — это не просто технологическая революция в нашей способности декодировать ДНК и манипулировать ею, а революция в основополагающей науке — биологии. Эта научная революция опирается на открытия и достижения в ряде взаимосвязанных областей помимо молекулярной биологии, включая когнитивные науки о нейронных структурах мозга, популяционную генетику, генетику поведения, психологию, антропологию, эволюционную биологию и нейрофармакологию» (р. 19).

В течение большей части XX в., констатирует Фукуяма, в естественных, а особенно в социальных науках по большей части подчеркивали культурную, а не природную детерминацию поведения. Однако сегодня многие, напротив, говорят о ведущей роли генетических причин (при описании этого сдвига Фукуяма также прибегает к метафоре маятника). Этот сдвиг в воззрениях ученых находит отра-

жение и в СМИ, которые широко обсуждают «гены, ответственные за...» всё — от интеллекта до излишнего веса и агрессивного поведения. Популярной темой стала генетическая детерминация работы мозга в том, что касается не только интеллекта, но и преступного поведения, сексуальных ориентаций и т.п. Конечно, в каждом случае можно дискутировать об относительном весе генетических и социальных причин, но само существование генетического фактора делает обсуждение этих черт поведения крайне противоречивым, поскольку оно означает, что возможности моральной регуляции весьма ограничены.

Важно, однако, то, отмечает Фукуяма, что «научное знание о причинах неизбежно ведет к технологическим поискам путей манипулирования этими причинами. Например, «обнаружение биологических коррелятов гомосексуальности — пренатальных андрогенов, характерной нейроанатомии или гена гомосексуальности, лежащего в основе этих андрогенов, — открывает возможность найти некогда “лечение” от гомосексуальности» (р. 39).

И далее автор предлагает такой мысленный эксперимент: допустим, через двадцать лет мы станем хорошо понимать генетику гомосексуальности и откроем для родителей возможность резко снизить вероятность того, что у них родится гомосексуальный ребенок. Для этого не обязательно прибегать к генетической инженерии — хватит и таблетки, обеспечивающей достаточный уровень тестостерона в утробе матери для того, чтобы маскулинировать мозг развивающегося зародыша. Пусть такое лечение будет дешевым, эффективным, безопасным и будет назначаться с сохранением врачебной тайны. Допустим, далее, что общество станет абсолютно терпимым по отношению к гомосексуалам. Многие ли из будущих матерей выберут тогда такое лечение? Фукуяма полагает, что очень многие, включая даже тех, кого возмущает дискриминация против гомосексуалистов.

Гомосексуальность при этом станет восприниматься как нечто подобное плешивости или низкому росту — пусть и морально неприемлемое, но, тем не менее, то, от чего собственных детей лучше бы избавиться. А это приведет к тому, что вскоре гомосексуалисты вновь станут подвергаться дискриминации, и даже более жестокой, чем прежде. В основе этой дискриминации будет лежать «домашняя евгеника», осуществляемая посредством актов свободного выбора, который делают родители.

К аналогичным последствиям может привести и расширение наших знаний о тех структурах мозга, которые ответственны за интеллектуальные способности или за антисоциальное поведение. Общим для всех этих ситуаций является прежде всего то, что всякий

раз мы не можем с определенностью сказать, имеем ли мы дело с терапевтическим вмешательством, т.е. предотвращением или лечением какого-то заболевания, либо – с воздействием, цель которого – получить ребенка с улучшенными (по сравнению с тем, что он получает генетически) свойствами. И такая неопределенность, обусловленная тем, что очень часто мы не можем однозначно разделить болезнь и здоровье, характерна для многих современных биомедицинских технологий⁸.

На пути в сказку: сценарий № 2

Следующий маршрут в постчеловеческое будущее, который обозначает Фукуяма, – это нейрофармакологический контроль поведения. Представляется, что из всех описанных Фукуямой путей именно этот ближе всего подводит нас к постчеловеческому будущему. В основном речь идет о двух чрезвычайно популярных в США препаратах – прозаке и риталине; но весьма интересен и анализ тех социальных сил и интересов, которые обеспечивают и подстегивают эту популярность.

Действие прозака основано на том, что он повышает уровень серотонина в мозге; серотонин – это нейротрансмиттер, соединение, контролирующее передачу нервных импульсов. Уровень серотонина непосредственно воздействует на наши эмоциональные состояния, такие как чувство благополучия, самооценка, страх и т.п. Низкий уровень серотонина ассоциируется со слабым контролем импульсов, несдерживаемой и неоправданной агрессивностью, депрессией и склонностью к суициду. Было показано, между прочим, что обезьяны, обладающие низким статусом среди себе подобных, имеют и низкие уровни серотонина; напротив, у обезьян, которые занимали доминирующие позиции, отмечалось высокое содержание серотонина⁹.

Фукуяма характеризует прозак и сходные препараты как главное культурное явление конца XX в.; он упоминает книги-бестселлеры, которые прославляют прозак как удивительное лекарство, чудесным образом изменяющее личность. Сегодня прозак и сходные препараты принимают около 28 млн американцев, или 10% населения.

Вместе с тем выходит немало публикаций, направленных против прозака. В них говорится о побочных эффектах этого средства, таких как прибавление веса, уродливые судороги, потеря памяти и многое другое, о чем умалчивают его производители. Вполне возможно, что на смену прозаку придут новые, более безопасные препараты, а сам прозак из-за этих побочных эффектов перестанет воспри-

ниматься как чудо-лекарство. Но, отмечает Фукуяма, более трудная политическая и моральная проблема возникнет в том случае, если окажется, что прозак или какая-либо его усовершенствованная модификация окажутся безвредными. Ведь прозак оказывает воздействие на такие ключевые для психологии человека эмоции, как самоуважение и самооценка.

Общепринятый и морально одобряемый путь повысить самооценку всегда был таков: бороться с собой и с другими, упорно работать, безропотно переносить болезненные жертвы с тем, чтобы в конце концов возвыситься и увидеть, что ты добился своего¹⁰. Но с появлением препаратов, подобных прозаку, фармацевтическая индустрия может поставлять более высокий уровень самооценки в бутылках, просто повышая уровень серотонина в мозгу. «Понятно, — пишет Фукуяма, — что в мире существуют миллионы людей, у которых депрессия носит клинический характер, а уровень самооценки находится намного ниже должного. Для них прозак и сходные лекарства стали настоящей находкой. Но низкий уровень серотонина не является определенным показателем патологического состояния; существование же прозака открывает путь для того, что Крамер (один из наиболее ревностных пропагандистов прозака. — *Б.Ю.*) удачно назвал косметической фармакологией, когда лекарство употребляется не из-за его терапевтической ценности, а просто для того, чтобы “почувствовать себя еще лучше”» (р. 46). Прозак, таким образом, может использоваться как своего рода таблетка счастья, что весьма похоже на сому из «Прекрасного нового мира» Хаксли.

Другой препарат — риталин — применяется для лечения синдрома, известного как «дефицит внимания — гиперактивность». Это «расстройство» распространено у маленьких мальчиков, которым бывает трудно тихо сидеть в школьном классе. С 1980 г. этот синдром фигурирует в официальном перечне психических расстройств, составляемом Американской психиатрической ассоциацией. Между тем, несмотря на десятилетия исследований, причины его не установлены, и диагностируется он только по весьма субъективно определяемым симптомам, таким как затрудненная концентрация и гиперактивность моторных функций. По некоторым оценкам, ту или иную форму этого расстройства можно обнаружить у 15 млн жителей США — а это значит, что страна переживает эпидемию ошеломляющих размеров. Здесь, как нетрудно заметить, мы сталкиваемся с феноменом *медикализации*, когда болезненными начинают считаться состояния, которые вполне допустимо интерпретировать как флуктуации, находящиеся в пределах нормального распределения.

Между тем последствия такой медикализации на личностном уровне далеко не безобидны. Те, кто считают себя больными этим расстройством, часто впадают в отчаяние, полагая, что их неспособность концентрироваться обусловлена не слабостью характера или отсутствием воли, а является результатом нервного заболевания. Тем самым они получают возможность снять с себя ответственность за собственные действия.

По сути дела риталин выступает как медикаментозное средство социального контроля за поведением детей. Оно, видимо, может оказаться намного более эффективным, чем ранняя социализация или терапия фрейдистского толка¹¹.

Весьма интересно и описание социальных механизмов такой медикализации. В ее основе — совпадение самых разных интересов. Прежде всего это — простое своекорыстие родителей и учителей, которые не хотят тратить время и силы для того, чтобы дисциплинировать, отвлекать, забавлять или воспитывать трудных детей старомодными способами.

Другая влиятельная группа поддержки — это фарминдустрия, в частности, компании, производящие риталин и родственные ему препараты. Среди них особенно известна фирма «Новартис», которая в 1995 г. была уличена в том, что она пожертвовала 900 тыс. долларов организации, объединяющей родителей, у детей которых диагностирован этот синдром.

На этом, впрочем, развитие событий не останавливается. В прессе уже появляются сообщения о том, что риталин входит в моду у американских подростков, которые всеми неправдами добывают его и употребляют без всяких на то медицинских показаний. В целом же ситуация представляется далеко не безобидной. Хотя употребление риталина и подобных препаратов приобретает массовые масштабы, их отдаленные эффекты до сих пор мало изучены.

Прозак и риталин, утверждает Фукуяма, — это лишь первые предвестники нейрофармакологической волны биотехнологической революции, первое поколение психотропных препаратов. «Практически всего, что связывается в воображении людей с генетической инженерией, можно будет добиться в более короткие сроки с помощью нейрофармакологии» (р. 52). Так, бензодиазепины могут быть использованы для снижения тревожности, поддержания спокойного, но активного бодрствования, для улучшения сна; воздействуя на уровень ацетилхолина, можно будет улучшать способность к изучению новых фактов и сохранению в памяти получаемых знаний; регулируя уровень дофамина — по-

вышать выносливость и мотивацию; манипулируя эндогенной опиатной системой, уменьшать чувствительность к боли и повышать порог удовольствия.

Распространение психотропных препаратов в США, продолжает Фукуяма, демонстрирует три мощных тенденции: желание людей как можно больше медикализировать свое поведение с тем, чтобы снизить ответственность за свои действия; давление экономических интересов; тенденцию все больше и больше расширять сферу терапевтических воздействий — ведь всегда можно найти доктора, который согласится, что любая неприятная или озорчительная ситуация есть патология, так что в скором времени общество узаконит оценку такого рода ситуации как состояния нетрудоспособности, которое должно быть так или иначе компенсировано¹².

Все эти тенденции ведут нас в такое общество, которое во многих отношениях ближе к «прекрасному новому миру» Хаксли, чем к миру, к которому, при всех его несовершенствах, мы так привыкли. Опять же, никто, никакая тоталитарная власть, не загоняет людей в этот новый мир. Он будет (если будет) построен путем свободных решений, множества актов свободного и добровольного выбора, осуществляемых самими людьми.

На пути в сказку: сценарий № 3

Еще один путь, ведущий в постчеловеческое будущее, Фукуяма связывает с перспективами существенного продления жизни человека. Сегодня эти перспективы связываются со щедро поддерживаемыми биотехнологической индустрией исследованиями, во-первых, теломеров — концевых участков хромосомы, эффектом которых является ограничение общего количества делений каждой соматической клетки, в частности, с открытием фермента теломеразы, который позволяет обеспечить бесконечное количество делений клетки, а во-вторых, стволовых клеток, способных делиться бесконечно.

Тенденция увеличения средней продолжительности жизни действует уже достаточно долго, и одним из ее последствий является постарение населения, столь характерное для развитых стран. В достаточно близком будущем, однако, эта тенденция может резко усилиться, так что к 2050 г. средний возраст жителей США достигнет 40 лет (в 1850 г. он составлял 19 лет, а в 90-е гг. прошлого столетия — 34 г.), Германии — 54, Японии — 56, а Италии — 58 лет. Половина населения при этом будет в пенсионном возрасте.

Фукуяма различает две категории долгожителей. Первая — это люди в возрасте от 65 до примерно 80 лет, обладающие хорошим здоровьем и способные вести активный образ жизни. Вторая — те, кому за 80. У этих людей способности очень часто ослаблены, и они, подобно маленьким детям, целиком зависят от окружающих.

Возникает, таким образом, следующая проблема: существующие и разрабатываемые сегодня медицинские технологии нацелены прежде всего на продление телесной, биологической жизни. Поэтому резкое увеличение количества долгожителей второй категории, не сопровождаемое соответствующим улучшением качества их жизни, может привести к тому, что люди смогут доживать до 150 лет, но при этом последние лет 50 они будут находиться в совершенно беспомощном состоянии. Именно такое однобокое развитие медицинских технологий, полагает Фукуяма, уже стало причиной того, что общество уделяет столь большое внимание проблемам эвтаназии и ассистируемого (врачом) самоубийства. Отнюдь не очевидно, таким образом, что существенное продление жизни люди будут воспринимать как благо. «...Жить с осознанием собственной конечности, — отмечает Л.Касс¹³, — условие многих замечательных вещей в человеческой жизни. Того, что мы принимаем на себя обязательства серьезности, вкуса к прекрасному, возможности проявлять достоинство и добродетель, связей, зарождающихся в связи с появлением потомства, поисков смысла. Хотя эти аргументы выдвигались против бессмертия, они применимы и против более умеренного продления максимального срока жизни, особенно при хорошем здоровье, которое позволило бы нам жить, как если бы все было еще впереди»¹⁴.

Другая, более отдаленная проблема, о которой говорит Фукуяма, такова: «Будет меняться и отношение людей к смерти. Возможно, смерть станет восприниматься не как естественная и неизбежная сторона жизни, а как предотвратимое зло вроде полиомиелита или кори. В таком случае принятие смерти может представляться как нелепый выбор, а не как то, что надлежит встречать с достоинством и благородством» (р. 71).

На пути в сказку: сценарий № 4

Последний — и самый отдаленный — маршрут в будущее, обсуждаемый Фукуямой, — это генетическая инженерия, которую он характеризует как «самую революционную биотехнологию». Сегодня генетическая инженерия применяется главным образом в сфере сель-

скохозяйственных биотехнологий, что уже вызывает споры и протесты повсюду в мире. Перспективы же применения ее к человеку побуждают говорить о новой форме евгеники, т.е. опять-таки о возможности изменить природу человека.

Характерный символ генетической инженерии — это «дитя проекта» (designer baby). Предполагается, что генетики сначала определят «гены, ответственные за» такие свойства, как интеллект, рост, цвет волос, агрессивность или самооценка, а затем на основании этих знаний создадут «наилучшую» версию ребенка. При этом не обязательно даже, чтобы тот или иной потребный ген был человеческим.

Конечно, этот путь чреват многими опасностями, часть из которых сегодня обсуждается в дискуссиях по поводу клонирования человека. Действительно, модификация существующих или введение новых генов может привести к множеству самых разнообразных и неожиданных последствий. Важно поэтому, чтобы практическое применение любой формы генетической инженерии, которая может привести к значительным эффектам на популяционном уровне, предварилось убедительной демонстрацией ее желательности, безопасности и относительной дешевизны. Однако такой рациональный ход событий вовсе не является предзаданным.

Уже есть прецеденты того, что новые медицинские технологии порождают популяционно значимые эффекты в результате миллионов решений, которые люди принимают на индивидуальном уровне. «Достаточно, — пишет Фукуяма, — всего лишь взглянуть на современную Азию, где сочетание дешевых радиogramм и легкодоступного аборта привело к резкому изменению в соотношении полов. В Корее, например, в начале 90-х гг. рождалось 122 мальчика на 100 девочек при нормальном соотношении 105 к 100. Соотношение в КНР лишь немногим меньше, 117 мальчиков на каждые 100 девочек, а в северной Индии существуют места, где это соотношение еще более смещено¹⁵. Это привело к дефициту девочек в Азии, который экономист Амартья Сен оценил в 100 млн. Во всех этих обществах аборт в целях выбора пола незаконен; но, несмотря на давление правительств, желание отдельных родителей иметь наследником мальчика порождает сильно деформированное соотношение полов» (р. 80–81).

По словам Г.Стока, «в большинстве стран мира закон запрещает использовать тесты на определение пола ребенка для целей выбора пола, но такая практика является общепринятой. Исследование, проведенное в Бомбее, дало удивительный результат: из 8000 абортированных зародышей 7997 были женского пола. А в Южной Корее та-

кие аборты получили такое распространение, что около 65% детей, рождающихся третьими в семье, — мальчики, видимо, из-за того, что супруги не хотят появления еще одной девочки»¹⁶.

Этот переко́с в соотношении полов может привести к серьезным социальным последствиям. Так, уже во втором десятилетии нашего века Китай столкнется с ситуацией, когда пятая часть мужского населения, находящегося в брачном возрасте, не сможет найти невест. Ясно, что такой переизбыток неприкаанных молодых людей породит немало проблем.

Неизвестно, станет ли когда-либо генетическая инженерия столь же дешевой и доступной, как радиogramмы и аборты. Но если, к примеру, ее методы позволят производить детей с более высоким уровнем интеллекта, то в демократическом государстве это породит новую евгеническую волну. На этот раз, однако, речь пойдет не о том, чтобы предотвратить появление детей у людей с низким коэффициентом интеллекта (задача негативной евгеники), а о том, чтобы помочь таким людям повысить этот коэффициент (задача позитивной евгеники) как у себя, так и у своих детей. Именно государству, таким образом, придется обеспечивать доступность этой технологии, что и приведет к значимым последствиям на популяционном уровне.

Конструирование человека

Утопический проект создания ребенка с заранее predeterminedными характеристиками и качествами или, иными словами, замысел *конструирования человека* вполне можно считать некоей сверхидеей, в которой вдохновляются многие из тех, кто так или иначе вовлечен в биотехнологическую революцию. Этот замысел, действительно, выступает как новое, современное выражение воззрений, которые акцентируют ведущую роль биологических, генетических начал в определении природы человека.

Но вот некоторое время назад мне стало известно о таком факте, имевшем место в Москве. Группа достаточно состоятельных родителей обратилась к психологам с предложением подготовить специальную образовательную программу для школьников. Родители обеспокоены тем, что существующая в России система образования воспроизводит детей с определенным набором личностных черт, таких как сильная зависимость собственных взглядов и установок от ближайшего окружения, стремление не выделяться на фоне других, способность легко подчиняться тем, кто наделен властью, отсутствие склонности и навыков лидерства и т.п.

По мнению этих родителей, дети с такими чертами личности будут недостаточно приспособленными и успешными в будущей самостоятельной жизни, где необходимо будет проявлять противоположные свойства: стремление во что бы то ни стало достичь поставленной цели, самостоятельность, способность прилагать максимум усилий для получения существенных результатов в своей деятельности, наличие развитых коммуникативных и лидерских умений и т.п. Родители готовы были не только платить за образовательные курсы, которые позволяют их детям развить такие черты, но и оказывать материальную поддержку разработке соответствующих психологических тренинговых программ. Таким образом, и здесь мы сталкиваемся с проектом создания молодых людей с заранее заданными личностными свойствами. Только в этом случае речь идет не о биологическом или генетическом, а о психологическом и социально-психологическом конструировании.

Вполне можно было бы порассуждать о том, что для нашей культуры более характерен именно такой подход, акцентирующий влияние среды и воспитания в формировании личности, в то время как в американской (или, может быть, западной?) культуре более свойственно ставить на первый план влияние генов. Меня, однако, интересует здесь другое, а именно — структурное сходство обоих проектов и, в частности, их специфические отличия от проектов, предлагавшихся в прошлом.

Во-первых, нынешние воззрения отличает существенно *технологический подход*. Он проявляется не только в планировании и организации действий, но и в самом восприятии вещей, включая такие интимные, как черты личности ребенка, даже своего собственного. Я имею в виду при этом такой способ восприятия мира и мышления о нем, который предполагает, что если некто имеет четко определенную цель (скажем, те или иные черты личности) и необходимое количество ресурсов (прежде всего — финансовых), то он может достичь этой цели, наняв профессионалов или экспертов, которые будут в состоянии собрать или создать все необходимые средства. В случае генетического проекта эти средства — вмешательства, осуществляемые на молекулярно-генетическом уровне; в случае социального — такие психологические воздействия, о которых столь пренебрежительно отзывается Фукуяма. Мне-то представляется, что XX в. многократно демонстрировал высочайшую эффективность технологий индоктринации, а уж современные методы психологического воздействия, формирования стереотипов восприятия и поведения достигают порой редкостной изощренности. Между прочим, то, что общест-

венное мнение сегодня оказывается столь падким на посулы, исходящие от пропагандистов генно-инженерных технологий, тоже можно в определенной мере рассматривать в качестве результата такой социально-психологической обработки.

Говоря о проектируемом ребенке, мы имеем в виду не просто то, что некоторые его черты, но что сам ребенок как таковой воспринимается в подобных ситуациях как произведенный, как «созданный» родителями. Причем речь идет о «созданности» не только в генетическом или социально-психологическом, но и в этом технологическом смысле. Другими словами, ребенок (а стало быть, и человек) в таких случаях понимается как некое достаточно произвольно конструируемое и даже реконструируемое существо, порожаемое не столько природой, сколько осуществлением человеческого замысла.

Стоит обратить внимание и на то, что нынешние тенденции в восприятии возможных путей использования новых знаний о геноме человека отчетливо демонстрируют тот же самый существенно технологический способ их применения. Более того, те же тенденции во все большей мере определяют и пути получения этих новых знаний.

Во-вторых, такой технологический подход не только предполагает, но и делает необходимым применение тщательно разработанных, основанных на количественных оценках и измерениях систем *диагностики*. Действительно, необходимо ведь иметь возможность как предварительной диагностики тех черт будущего ребенка, которые предполагается улучшить, так и промежуточной диагностики того, насколько успешно мы движемся к желаемому состоянию.

Очевидно, что такие системы диагностики должны быть довольно сложными и многомерными; они могут быть созданы только на основе развитых категоризаций, которые позволяют систематизировать и классифицировать огромное разнообразие человеческих индивидов. А это значит, что те родители, которые захотят получить своего ребенка в улучшенном варианте, на самом деле будут иметь не просто своего собственного, уникального ребенка, а некоторый продукт стандартизованных технологических манипуляций.

Отметим, что генетическая диагностика на сегодня является наиболее развитой областью исследований в геномике человека. И уже известно, что она несет с собой разнообразные риски, затрагивающие права и достоинство человека, риски дискриминации и стигматизации индивидов или популяций. Кроме того, развитие генодиагностики нередко опережает технологические возможности ассими-

ляции ее достижений. А это создает риск обнаружения дефектов, заболеваний и предрасположенностей, которые не поддаются лечению. Проблемы, касающиеся того, следует ли получать такую информацию и что с ней делать, еще ждут своего решения.

Отметим также и то, что все более широкое применение получают сегодня и методы психологической диагностики, особенно применительно к детям. И в этом случае их применение бывает далеко не безобидным, также являясь источником различных рисков, например, той же стигматизации или травмирующей самооценки¹⁷. Но если разработка и применение средств генетической диагностики сопровождается пристальным вниманием к возникающим в этой связи этическим проблемам, то о применении методов психодиагностики сказать подобное, к сожалению, нельзя. Представляется, что для выявления, оценки и решения такого рода проблем особенно важны средства гуманитарной экспертизы.

В-третьих, такой подход опирается на (неявное) допущение, согласно которому человека можно понимать как всего лишь набор отдельных признаков. Как известно, классическую генетику первой половины XX в. часто критиковали за то, что она не уделяла должного внимания системным взаимосвязям и взаимодействиям между отдельными генами. В ходу были такие уничижительные характеристики, как «генетика мешка с горохом». Безусловно, современная генетика ушла очень далеко от такого состояния. Сам термин «геном» был предложен, помимо всего прочего, для того, чтобы подчеркнуть системную природу функционирования и выражения отдельных генов в рамках генома как целого.

На этом фоне особенно удивительным представляется то, что сегодня, по крайней мере в публичном восприятии новой генетики и ее перспектив, такой механистический подход вновь получает распространение. Видимо, его возрождение только отчасти может быть объяснено внутринаучными причинами, главную же роль играют именно запросы широкой публики. Почти каждую неделю средства массовой информации сообщают об открытии нового гена, ответственного не просто за ту или иную болезнь, но часто и за какую-либо привычку или черту поведения. Неоднократно, к примеру, сообщалось об обнаружении гена полноты. Характерно, что «героями» таких сообщений прессы обычно являются именно те черты, признаки или свойства, которые вызывают у людей наибольший интерес. Имеет смысл обратить внимание и на поразительное совпадение такого рода «мозаичного» восприятия сложных объектов с постмодернистским стилем мышления.

Подобные же соображения касаются и социально-психологического конструирования. Есть все основания говорить о системной организации как взаимосвязанных между собой черт личности, так и связей личности с окружающей ее социальной и культурной средой. Поэтому вполне возможно, что личность, конструируемая или реконструируемая с помощью психологических технологий, будет сталкиваться с серьезными трудностями именно из-за несоответствия превалярующим социальным и культурным нормам и ценностям.

В-четвертых, наконец, принципиальной особенностью современного подхода является его отчетливо выраженный *конструктивизм*. Не только каждая общая или специфическая черта каждого биологического организма, не только биологический организм как целое, но и каждое человеческое существо воспринимается как в некотором смысле созданное, порожденное, как *сконструированное*. Более того, именно эта сконструированность открывает возможности для преднамеренного *ре-конструирования* человеческого существа. Тщательно подготовленные микровмешательства или микровоздействия позволяют «отремонтировать», подправить не только врожденные, но и приобретенные дефекты и поломки, а также получать детей улучшенного качества.

Об этом конструировании имеет смысл поговорить более подробно. Сегодня мы знаем, что смерть человека, т.е. конец человеческой жизни, — это социальное событие, не только в том смысле, что оно обычно затрагивает разных людей, но и потому, что оно определяется (и переопределяется) в процессах социального взаимодействия и выработки консенсуса. Кроме того, сегодня событие человеческой смерти, как и обстоятельства, при которых оно происходит, часто является следствием некоторых технических манипуляций (например, отключения жизнеподдерживающих аппаратов), направляемых социально конструируемыми или социально контролируемыми решениями.

На противоположной грани индивидуального человеческого существования мы обнаруживаем сходные изменения. Благодаря технологиям искусственной репродукции рождение, или исходный пункт человеческого существования, также становится вопросом социальных взаимодействий и выработки согласованных определений и решений. В этом случае, впрочем, выработка консенсуса оказывается намного более сложной. Тем не менее эти трудности с определением момента начала человеческой жизни делают еще более очевидным конвенциональный, т.е. социально сконструированный, характер самого определения. Более того, и это особенно существенно, научно-

технический прогресс последних десятилетий открыл возможности *манипулирования* началом человеческой жизни, превращения этого начала из естественного события в событие преднамеренно организованное, *ре-конструируемое*.

Сегодня мы немало знаем и о социальной природе, социальной конструируемости границ между здоровьем и болезнью. А это значит, что не только начальная и конечная точки, но и все пространство человеческой жизни в определенной, и притом очень существенной, мере может быть представлено как социальная конструкция. Очевидно, и в этом случае наши быстро растущие возможности манипулирования человеческим организмом и психикой вкупе с технологической направленностью восприятия и обращения с этими состояниями позволяют нам переходить от «естественных» к «интенциональным» способам социального конструирования.

Под «естественным» способом я понимаю социальное конструирование реальности (или ее определенных фрагментов) в смысле П.Бергера и Т.Лукмана¹⁸. Их конструктивизм можно охарактеризовать как дескриптивный – они стремятся описывать социальный мир значений таким, каков он есть сам по себе (или, если воспользоваться выражением К.Маркса, можно говорить о естественно-историческом характере явлений социального мира – эти явления просто происходят с нами или вокруг нас, безотносительно к нашим планам, желаниям и т.п.) и не идут так далеко, чтобы полагать, что эти значения можно формировать и переформировывать преднамеренно. *Интенциональный способ*, в свою очередь, есть сложная смесь технологических возможностей направленного вмешательства, с одной стороны, и намерений, верований, норм и т.д., воплощенных в произвольных и сознательно проектируемых социальных действиях, с другой. Следовательно, в этом случае мы имеем нечто вроде «конструктивного конструктивизма». Безусловно, социальные (и человеческие) действия такого рода являются вполне обычными; интересно же то, что в рассмотренных нами случаях такое интенциональное социальное конструирование направлено на достижение необычных целей.

Вернемся теперь еще раз к спорам о соотношении природы и воспитания в формировании человека. Напомним, что в первой половине XX в. обе позиции – примат как природного, так и социального, – лежали в основе глобальных проектов создания нового мира и нового человека. Так, в нацистской Германии реализовывалась программа радикального совершенствования наиболее ценной части человечества за счет манипуляций, направленных на контролируемое

и направленное улучшение видового генофонда. В Советском Союзе предполагалось, что контролируемое и плановое, направленное изменение социального порядка позволит создать не только новое, бесконфликтное общество, но и нового человека — всесторонне и гармонически развитую личность.

Подобного рода проекты — исходящие как из преимущественно биологической, так и преимущественно социальной природы человека, — выдвигаются и реализуются и сегодня. Однако между прежними и теперешними проектами существуют принципиальные различия. Прежние проекты основывались на концепциях, описывающих реальность в терминах *детерминации* и детерминирующих, определяющих сил — будь то генетическая конституция или законы истории — а не того, что конструируется и реконструируется с помощью технологических средств. Основной интерес при этом был направлен на то, чтобы поставить под контроль эти детерминирующие силы. Важно иметь в виду, что такие проекты могли быть эффективными в достижении поставленных целей только при том условии, что детерминирующие силы действуют в огромных масштабах. Отдельная человеческая жизнь при этом воспринималась как бесконечно малая величина.

В отличие от этого в сегодняшних проектах акцентируется не детерминация, а конструирование и ре-конструирование человеческого существования. Соответственно, в качестве исходной и конечной точки нынешних проектов выступает именно отдельная человеческая жизнь.

С этим связана и еще одна отличительная особенность нынешних проектов. В контексте теорий и подходов, подчеркивающих детерминацию — социальную или генетическую — отдельного человеческого существа, главное внимание направляется на некоторое общее начало, на сущность индивида; предполагается при этом, что детерминирующие силы действуют именно на уровне этой сущности, этой наиболее важной, конститутивной части, а не каких-то вторичных и случайных черт, конкретных деталей индивида. В противоположность этому современные подходы, подчеркивающие конструируемую и реконструируемую природу человеческого существа, обращают внимание прежде всего на такие детали, на частности, оставляя в стороне или попросту игнорируя иные, видимо, более глубокие уровни человеческой жизни и человеческого существования.

Примечания

- 1 *Frans B.M. de Waal*. The End of Nature versus Nurture // Scientific American. 1999. December. P. 94–99.
- 2 Одну из своих книг он назвал «Политика шимпанзе»: *Frans B.M. de Waal*. Chimpanzee Politics: Power and Sex among Apes. Baltimore, 1989. В ней описывается, в частности, борьба за статус, которую он наблюдал в колонии шимпанзе, живущих в неволе. Самцы шимпанзе образовывали коалиции, плели интриги и предавали друг друга. Они отчетливо демонстрировали эмоции, напоминающие гордость и ярость, в зависимости от того, признавался или нет их ранг в колонии их собратьями.
- 3 *Frans B.M. de Waal*. The End of Nature versus Nurture. P. 96.
- 4 *Ibid*. P. 99.
- 5 *Fukuyama F.* Our Posthuman Future: Consequences of the Biotechnology Revolution: Farrar, Straus and Giroux, N.Y., 2002. Далее ссылки на эту книгу будут приводиться в самом тексте.
- 6 *Хаксли О.* О дивный новый мир // Утопия и антиутопия XX в. М., 1990. С. 300.
- 7 См., например: *Ашмарин И., Юдин Б.* Основы гуманитарной экспертизы // Человек. 1997. № 3. С. 76–85.
- 8 Этой теме – различению между лечением и совершенствованием, улучшением человека – был посвящен один из докладов, подготовленных в 2002 г. Президентским советом по биоэтике США. См.: Distinguishing Therapy and Enhancement. Staff Working Paper. (<http://www.bioethics.gov/>) См. также: *Касс Л.* Нестареющие тела, счастливые души... // Человек. 2003. № 6. С. 37–49. Автор статьи Л.Касс во время подготовки доклада о соотношении терапии и улучшении человека возглавлял этот Совет.
- 9 *Frank R.H.* Choosing the Right Pond: Human Behavior and the Quest for Status. Oxford, 1985. P. 21–25.
- 10 Именно этот аргумент играет ключевую роль в уже упоминавшейся статье Л.Касса.
- 11 На мой взгляд, Фукуяма не прав в своем пренебрежительном отношении к методам формирующего воздействия на личность, осуществляемого на социальном и социально-психологическом уровне. Эти методы, замечу еще раз, отнюдь не исчерпали своего потенциала, и их конкуренция с методами биологического воздействия, несомненно, будет стимулировать их интенсивное развитие. Никким образом не следует считать отошедшими в прошлое и проекты социального (в противовес биотехнологическому) конструирования человека.
- 12 Несколько лет назад проблема риталина привлекла внимание и Совета Европы. При этом критиков широкого применения диагноза «синдром гиперактивности», а следовательно, и подобных препаратов, не стали опровергать по существу, а решили попросту проигнорировать как сторонников сайентологии. Я вполне допускаю, что сайентологи активно выступают по этому вопросу, поскольку сами они вследствие применения психофармакологических препаратов теряют своих клиентов-пациентов. Их методы борьбы с синдромом гиперактивности носят не медикаментозный, а психотерапевтический характер. Таким образом, одной из причин этой полемики оказывается банальная борьба за рынок сбыта. Однако далеко не все противники психофармакологического воздействия на детей с синдромом гиперактивности являются приверженцами сайентологии, и в любом случае огульные обвинения редко способствуют прояснению сути дела.
- 13 *Касс Л.* Нестареющие тела, счастливые души... С. 47.

- ¹⁴ См. в этой связи также статьи Дж.Харриса «Сканирование горизонта. Этические проблемы бессмертия» и Л.Кеннеди «Что сулит нам продление жизни?» в журнале: «Человек» (2002. № 3. С. 5–12 и 13–20).
- ¹⁵ В рабочем докладе «Этические аспекты выбора пола», подготовленном аппаратом Совета по биоэтике при Президенте США (январь 2003 г.), приводятся несколько другие данные: Венесуэла – 107,5; Югославия – 108,6; Египет – 108, 7; Гонконг – 109,7; Южная Корея – 110; Пакистан – 110,9; Дели, Индия – 117; Китай – 117; Куба – 118; в Азербайджане, Армении и Грузии эта величина достигает 120. Авторы доклада считают, что если соотношение количества мальчиков и девочек при рождении превышает 106 к 100, это свидетельствует о реальном применении практики выбора пола. См.: *Staff Working Paper. Ethical Aspects of Sex Control* (<http://www.bioethics.gov/>)
- ¹⁶ *Stock G. Redesigning Humans. Choosing our Genes, Changing our Future.* Mariner Books. Boston–N.Y., 2003. P. 14.
- ¹⁷ См. в этой связи, например: Материалы круглого стола «Психологическая диагностика в системе образования и права ребенка» // *Человек.* 2000. № 6. С. 67–75; 2001. № 1. С. 74–86;
- ¹⁸ См.: *Бергер П., Лукман Т. Социальное конструирование реальности. Трактат по социологии знания.* М., 1995.

Универсальные принципы, моральные нормы и ценности биомедицинской этики

Требования практической медицины и биологии, с одной стороны, и социально-гуманистические ожидания общества, с другой, снова и снова вызывают необходимость обращения к рассмотрению **универсальных этических принципов**, на базе которых вырабатываются конкретные моральные нормы поведения врача и медика-исследователя в условиях развития геномной инженерии и биотехнологий и которые должны быть положены в основу системы обеспечения здоровья народонаселения. Международная общественность и научно-медицинское сообщество ведет постоянную работу в этом направлении. Достаточно вспомнить этические принципы биомедицинских исследований Нюрнбергского кодекса (1947), Хельсинкской декларации (1964), Конвенции Совета Европы «О правах человека в биомедицине» (1996) и др. Как известно, Хельсинкская декларация включает в число основных такие принципы биоэтики, как принцип *автономии личности, информированного согласия и конфиденциальности*. В медицинском научном сообществе разрабатываются и обсуждаются также принципы биоэтики, которые можно было бы признать *универсальными*. В качестве таковых называют, прежде всего, *уважение автономии личности* (ее права на самоопределение) и *стремление к обеспечению блага пациента*, базирующиеся на фундаментальных демократических ценностях — солидарности, соучастии, сострадании, идее коммуникалистских интересов (Б.Дженнингс). «Классические» принципы биоэтики, предложенные Т.Бичампом и Дж.Чилдресом, — так называемые «джорджтаунские мантры», — также включают в себя *уважение автономии личности, справедливость, непричинение зла, ориентацию на благо* (делай до-

бро). Долгое время приоритет в области разработки принципов биоэтики принадлежал США. Основные этические принципы *европейской биоэтики и биоправа*¹, разработанные в рамках исследовательского проекта Еврокомиссии, — «принципы Кемпа» (по имени П.Кемпа — координатора и автора концептуальных идей) — в качестве основополагающих включают в себя *автономию, достоинство, целостность* и *уязвимость* человеческой личности.

Таким образом, особенностью решения современных биоэтических проблем выступает, прежде всего, их плюралистичность и неоднозначность. При этом приоритет моральных принципов и ценностей, составляющих основу так называемого *принципалистского подхода*, определяет различие дальнейших путей развития биоэтики в Европе и Америке. Несмотря на то, что *принципализм* возникает в США, сегодня он более распространен в Западной Европе. В Северной Америке в настоящее время активно разрабатывается более «приземленный» — *казуистический* подход, связанный не столько с «вечными» проблемами, сколько с конкретными ситуациями, вызываемыми бурным развитием биотехнологий, геной инженерии и т.п. Он нацелен на выработку конкретных правил и рекомендаций по принятию решений в конкретных ситуациях лечения и биомедицинских исследований, а также на их *институционально-организационное обеспечение*, что и нашло свое воплощение в пристальном внимании к организации и деятельности во всем мире биоэтических комитетов. Эти подходы можно охарактеризовать следующим образом:

- *принципалистский*, ориентирующий медика на рефлексию по поводу высших моральных ценностей и биоэтических принципов, обеспечивающих Благо пациента;
- *казуистический*, отвечающий требованиям бурно развивающейся биомедицинской науки и вариативности ситуаций в современной медицине и базирующийся на безоговорочном признании Автономии пациента;
- *институционально-организационный*, основанный на междисциплинарном подходе, соответствующий постмодернистской эпохе «управляемой» этики, более всего «озабоченный» соблюдением принципа Справедливости.

На наш взгляд, особенностью *отечественной биоэтики* является — *интегративный* подход, требующий объединения в деятельности врача и исследователя всех этих подходов. Рассмотрим, прежде всего, универсальные принципы, нормы и ценности биомедицинской этики, соответствующие духовным традициям восточноевропейских культур и велениям времени.

Универсальные этические принципы

Очевидно, что первое место в ряду биоэтических принципов занимает принцип *автономии личности*. Что касается других принципов, то они выступают в разном «наборе» и иногда несут в себе разное содержание, отражающее специфику региональных походов к правам человека, национальных традиций и ценностей.

Автономия личности — принцип биомедицинской этики, основанный на единстве прав врача и пациента, предполагающий их взаимный диалог, при котором право выбора и ответственность не сосредоточиваются всецело в руках врача, а распределяются между ним и пациентом. Согласно этому принципу принятие надежного в этическом отношении медицинского решения основано на взаимном уважении врача и больного и их активном совместном участии в этом процессе, требующем *компетентности, информированности* пациента и *добровольности* принятия решения. Этическим основанием принципа автономии личности выступает признание ее независимости и права на самоопределение. Таким образом, уважение автономии относится, прежде всего, к личности, обладающей возможностью и правом распоряжаться своей жизнью и здоровьем, вплоть до сознательного отказа от лечения, даже если это решение будет стоить ей жизни. Принцип автономии личности тесно связан с другим основополагающим принципом биоэтики — *информированным согласием*.

Информированное согласие — принцип биомедицинской этики, требующий соблюдения права пациента знать всю правду о состоянии своего здоровья, о существующих способах лечения его заболевания и риске, связанном с каждым из них. В автономной модели взаимоотношений этот принцип — не жест доброй воли или желание врача, это его обязанность. Информированное согласие, — это коммуникативный диалог врача и пациента, предполагающий соблюдение ряда этических и процессуальных норм: учет психического состояния, уровня культуры, национальных и религиозных особенностей пациента, тактичность врача или исследователя, его моральные качества, способность обеспечить понимание информации пациентом. Правильное информирование о состоянии здоровья и его прогнозе дает пациенту возможность самостоятельно и достойно распорядиться своим правом на жизнь, обеспечивая ему свободу *добровольного* выбора.

Добровольность — еще один принцип биомедицинской этики, связанный с автономией пациента. Это уважение свободы волеизъявления личности, что предполагает самостоятельное принятие им решения или согласия на медицинские манипуляции или исследова-

ния при условии информированности и отсутствия внешнего принуждения – не только физического или морального давления, но и зависимости любого рода.

Принципы автономии личности, информированного согласия, добровольности – это принципы «*субъект-субъектного*» порядка, предполагающие равенство и независимость партнеров, активную роль пациента и его право на самоопределение в процессе лечения или обследования. Но по мере развития медицины и вовлечения в биомедицинские исследования и манипуляции все большего числа людей особую роль начинают играть принципы, условно говоря, «*страдательного*» ряда, предполагающие экзистенциальную *заботу* общества и медиков – врачей и исследователей о соблюдении этических требований по отношению к пациентам, попадающим в *зависимость* от них. Особую роль играют в этой связи принципы *целостности* и *уязвимости*, выдвинутые европейскими биоэтиками. Эти принципы непосредственно связаны с уважением достоинства личности и затрагивают как физическую, так и психическую стороны жизнедеятельности индивида.

Целостность – это то, что обеспечивает тождественность личности самой себе, ее самоидентификацию, и поэтому не должно подвергаться манипуляциям или разрушению. Целостность связана с «жизненной историей» индивида, которая создается памятью о наиболее важных событиях собственной жизни и интерпретацией жизненного опыта. Иными словами, это уникальность, индивидуальность и неповторимость личности. К сожалению, некоторые медицинские вмешательства, имеющие благую цель восстановить здоровье человека, улучшить его состояние, часто бывают связаны с нарушением целостности. Необходимость защищать психофизическую целостность человека, минимизировать ее нарушения требуют разработки этических и правовых норм, относящихся, в частности, к генетическим манипуляциям и вмешательствам в генетическую структуру индивида, к проблеме использования частей человеческого тела – органов, тканей и т.п.

Уязвимость как принцип биоэтики следует понимать в двух смыслах. Во-первых, как характеристику любого живого существа (не обязательно человеческого), каждой отдельной жизни, по своей природе конечной и хрупкой. В этом смысле уязвимость как общая характеристика жизни может иметь более широкое значение, чем только биоэтическое. Она может стать связующим звеном между социально и морально отчужденными в обществе людьми, объединив их в поисках преодоления собственной уязвимости. В определенной мере

весь прогресс в области медицины и биологии может рассматриваться как борьба с человеческой уязвимостью, вызванная стремлением минимизировать или «отодвинуть» ее. При этом уязвимость – в том числе смертность и конечность – оптимистически расценивается как некое обстоятельство, которое может и должно быть преодолено. Правда, здесь есть опасность лишить человека опыта боли и страданий, которые очень значимы в нашем восприятии действительности. Второе понимание уязвимости – более узкое – относится к отдельным человеческим группам и популяциям (бедным, малограмотным, детям, заключенным, инвалидам и т.п.). В этом смысле данный принцип становится основой заботы, ответственности, эмпатии по отношению к другому, более слабому и зависимому. Для своей реализации он требует соблюдения еще одного принципа биоэтики – *принципа справедливости*.

Справедливость, в рамках гуманистической биоэтической парадигмы, – это принцип, предполагающий реализацию социальной программы, в соответствии с которой обеспечивается равный доступ всех слоев и групп населения к общественным благам, в том числе получению биомедицинских услуг, доступность фармакологических средств, необходимых для поддержания здоровья, защита при проведении биомедицинских исследований наиболее уязвимых слоев населения. Согласно принципу справедливости, польза для пациента всегда должна превышать научный или общественный интерес.

В последнее время все более обсуждаемым в биоэтике становится **принцип предосторожности**, призванный регулировать принятие решений и осуществление исследовательской и клинической деятельности, когда последствия ее неопределенны и вызывают опасения в силу непредсказуемости или неблагоприятного развития ситуаций. Данный принцип основывается на чувстве ответственности тех, кто принимает решения, делает прогнозы и осуществляет деятельность в условиях рисков (биомедицинских, генетических и др.), с целью избежать или уменьшить *морально неприемлемый ущерб*. Под последним понимается ущерб, который угрожает жизни или здоровью людей; является серьезным и практически невозполнимым; наносится без должного внимания к правам тех, кому причиняется.

Сведение воедино и сравнение американской и западноевропейской моделей биоэтических принципов демонстрирует, прежде всего, их концептуальное единство и, следовательно, «работоспособность» в любых условиях. С другой стороны, прослеживается и некоторое различие. Американская модель ориентирована, в основном, на взаимодействие врача и пациента, в то время как европейская но-

сит более «социологизированный» характер. В европейской биоэтике фундаментальные моральные принципы рассматриваются как *нормы защиты личности в государстве*, что требует более широкого социального контекста справедливости, ответственности и солидарности.

Белорусская концепция биомедицинской этики строится на *универсальных принципах* — и «американских», и «европейских» — но делает крен в сторону их социологизации. Подтверждение тому — принципы *конфиденциальности* и *секретности* в их применении в области клинической медицины и биомедицинских исследований.

Принцип конфиденциальности и неразглашение врачебной тайны

Конфиденциальность — принцип биомедицинской этики, проявляющийся во взаимном доверии между врачом и пациентом. Существует два рода этических аргументов, требующих соблюдения принципа конфиденциальности. Первый — *утилитаристский*, базирующийся на соображениях полезности. Суть его в том, что нарушение конфиденциальности резко ухудшает взаимоотношения пациента и врача и затрудняет выполнение последним своих обязанностей. Второй, — *деонтологический* — опирается на гуманистические моральные соображения, по которым каждый индивид как член общества имеет право сам решать, кому и в какой мере его мысли, переживания, чувства, сведения об обстоятельствах его жизни могут быть сообщены другому.

Конфиденциальность предполагает строгое *соблюдение врачебной тайны*, надежное хранение врачом информации, полученной от пациента, анонимность проводимых исследований, минимизацию вмешательства в личную жизнь пациента, тщательное хранение конфиденциальных данных и ограничение доступа к ним не только при жизни, но и после смерти пациента. В соблюдении принципа конфиденциальности проявляется преданность интересам пациента, профессиональная честность и порядочность врача. Сохранение в тайне касающейся пациента информации, *соблюдение секретности* определяется правом каждого человека на невмешательство в сферу его частных интересов.

Основной груз моральной ответственности за соблюдение или несоблюдение секретности и конфиденциальности несет, конечно же, тот, кому непосредственно была доверена тайна — лечащий врач или медик-исследователь. В содержание понятия *врачебной тайны* входят как бы две тайны: во-первых, сведения о больном, полученные от него самого, его родственников, близких ему людей, во-вторых, сведения,

полученные в ходе диагностирования, обследования больного или проведения медицинских исследований — информация, которую следует или не следует доверять больному, «непосвященным», общественности. Эти два аспекта врачебной тайны, переплетаясь между собой, порождают ряд этических проблем. В частности, на каких нравственных принципах и правовых нормах основан институт врачебной тайны? Имеет ли врачебная тайна этические и юридические границы?

Следует оговорить, что соблюдение врачебной тайны — это *категорический императив медицины*, имеющий глубокий гуманистический смысл. Медицинская тайна выступает своего рода проверкой нравственной культуры каждого медика как профессионала и человека. И если согласиться с тем, что нравственное кредо медика — его профессиональный долг, требующий считать благо пациента приоритетной целью, то сохранение врачебной тайны — одно из проявлений этого долга.

В дореволюционной России требование соблюдения врачебной тайны было сформулировано в «Факультетском обещании», даваемом врачами при окончании курса: «Помогая страждущим, обещаю ...свято хранить вверяемые мне семейные тайны и не употреблять во зло оказываемого мне доверия». Это обещание налагало на врача не юридическую, а только нравственную ответственность и было достаточно полным. Так, в обещании говорится о том, чтобы не употреблять доверие во зло. В условиях проведения медицинских исследований речь может идти о более тонких вещах: злоупотребление доверием не из желания навредить, а случайно или даже с добрыми намерениями. Но в любом случае врач, «употребивший во зло оказываемое доверие», не имеет права быть врачом.

Существуют различные ситуации разглашения врачебной тайны. Врачебная тайна может разглашаться по причине болтливости медика, когда он делает это без умысла, а скорее по недомыслию. Такая болтливость свидетельствует о нежелании и неумении выделить предмет врачебной тайны из той информации, которой он владеет в силу своей профессии. А это уже профессиональное невежество, низкая профессиональная культура. Другая причина несоблюдения врачебной тайны — отсутствие такта и скромности врача. Особенно явно проявляется безнравственная сущность подобного поведения, когда медицинский работник, имея дело с известными в обществе людьми, раскрывает перед посторонними тайны их болезней, интимной и семейной жизни. Тем самым он как бы демонстрирует «посвященность», «приобщенность» к их жизни, испытывая на себе отблеск их славы.

Все более распространенным становится разглашение врачебной тайны из меркантильных интересов, соображений престижа или сенсационности. Желание заявить о своем приоритете, разрекламировать свои достижения (находящиеся даже еще на стадии разработки) ведет зачастую к разглашению имен пациентов, особенно широко известных, иногда под прикрытием «случайной» утечки информации. Особенно распространено это в косметологии, фармакологии и даже в случаях экстракорпорального оплодотворения или суррогатного материнства, когда разглашение тайны может нанести потенциальный вред третьему лицу.

Поэтому врачебную тайну следует рассматривать как модификацию заповеди «Не вреди»: не вреди личности пациента, спокойствию его и его близких, ибо благополучие человека определяется не только его физическим здоровьем, но и нравственным комфортом. Императив неразглашения врачебной тайны требует от медика морально-целеустремленной и профессионально-грамотной заботы о *чести и достоинстве* пациента и его близких. Таким образом, нравственным основанием запрета на разглашение врачебной тайны является недопустимость оскорбления чести и достоинства пациента путем диффамации — оглашения фактов интимной жизни человека, не подлежащей вторжению постороннего любопытства. Кроме того, разглашение тайны может угрожать спокойствию, миру, а иногда и существованию семьи больного.

Нарушение врачебной тайны, как писал В.В.Вересаев, «на практике, в рядовой массе врачей, ведет к ужасающему легкомыслию и к возмутительнейшему пренебрежению к самым законным правам больного». Ведь, по сути, речь идет о *вмешательстве врача в личную жизнь больного*, что само по себе является серьезной нравственной проблемой. К сожалению, в Советском Союзе нарушение принципа соблюдения врачебной тайны стало после революции 1917 г. безнравственной государственной политикой. В 1925 г. нарком здравоохранения Н.А.Семашко объявил врачебную тайну пережитком старой кастовой врачебной практики и старых глупых предрассудков, подчеркнув, что советское здравоохранение держит «твердый курс на уничтожение врачебной тайны как пережитка буржуазной медицины». Этот курс сохранялся в СССР долгие годы.

Современная деонтология отрицательно относится к безграничному и легкомысленному вмешательству в интимный мир пациента. Вместе с тем для определения диагноза и выбора оптимальных средств лечения, а также при проведении клинических исследований и испытаний врач должен знать условия и образ жизни больного, особен-

ности его психического состояния. Нередко в интересах самого больного врачу приходится корректировать его морально-психологические установки, ограничивать или стимулировать те или иные потребности, рекомендовать изменить образ жизни. Естественно, необходимость такого вмешательства повышает *моральную ответственность* врача, требует от него высоких нравственных качеств. Пациент должен быть абсолютно уверен в его честности, порядочности, способности сохранить врачебную тайну. Он должен испытывать к врачу доверие как к человеку.

Сохранение врачебной тайны, обеспечивающее надежность партнерских отношений между врачом и пациентом, выступает адекватным морально-этическим ответом медика на *доверие* и *откровенность* больного, своего рода платой за них. Вверяя врачу свою жизнь, пациент надеется на милосердие, сострадание к себе со стороны врача. Обнажаясь перед врачом и физически, и эмоционально, больной ожидает от последнего не только сочувствия, но и соучастия, при котором врач «возьмет на себя» его боль. Именно экстремальная ситуация вынуждает пациента впустить врача в свою личную жизнь. Подчас больной открывает врачу секреты, тайны своих переживаний, которые скрывает даже от своих родственников и которых стыдится сам. В силу своей профессии врач становится для него самым близким человеком, его «доверенным лицом». Возникает *нравственный союз*, в котором больной идентифицирует врача с собой, полностью доверяя ему, а врач идентифицирует себя с пациентом, воспринимая его боль и принимая все меры для ее облегчения. При этом пациент и его родственники должны быть уверены, что высказанная ими информация не станет достоянием других людей, не имеющих отношения к лечению или исследованию, и не повредит пациенту в будущем, что достоинство пациента будет сохранено и защищено. Доверие во взаимоотношениях между врачом и пациентом повышает эффективность медицинской помощи, устраняет причины, заставляющие пациента избегать лечения, в частности *боязнь огласки*.

Особенно необходимо сохранение врачебной тайны для пациентов, страдающих психическими или так называемыми «социальными» недугами — наркоманией, алкоголизмом, венерическими заболеваниями, СПИДом. Передача посторонним лицам информации о таких пациентах не только порождает чувство ущербности у них, но и может вызвать множество социальных проблем: послужить причиной их дискриминации на службе, в семье. Поэтому необходим, во-первых, контроль над соблюдением конфиденциальности получаемой информации врачами и медиками-исследователями, в частнос-

ти, со стороны биоэтических комитетов, во-вторых, практическое обеспечение сохранения врачебной тайны, например, путем создания анонимных кабинетов для лечения и обследования пациентов.

Это тем более важно, что в современных условиях организации здравоохранения происходит значительная утечка информации, причем часто не по вине медиков. Так, отступлению от принципа конфиденциальности способствует технический прогресс, например, создание компьютерных банков данных в крупных клиниках, а также проведение мультидисциплинарных исследований. В результате значительная часть медицинского и административного персонала получает свободный доступ к историям болезни пациентов. Систематическое нарушение принципа конфиденциальности происходит также при оформлении больничных листов, санаторно-курортных карт и т.д. Эти вопросы требуют своего этического решения, однако сложность практической стороны дела не может служить оправданием нарушения принципа конфиденциальности.

В связи с этим встает вопрос о *мере моральной ответственности* врача за сохранение врачебной тайны при лечении, а медицинского учреждения в целом — при организации и проведении исследований. Моральная ответственность должна дополняться *юридической ответственностью* за «потаенность» личной жизни человека. В Законе Республики Беларусь «О здравоохранении» подтверждается, что за разглашение врачебной тайны медицинские и фармацевтические работники несут ответственность в соответствии с законодательством (ст. 60).

Особое место в соблюдении врачебной тайны занимает *проблема субъекта*, которому врач сообщает информацию о диагнозе, результатах исследования или испытаний. Прежде всего, такая информация сообщается пациенту. Во-вторых, таким субъектом могут быть и родственники, если это обусловлено необходимостью ухода за больным и не противоречит его воле. Обычно родственники заинтересованы в сохранении здоровья близких. Но бывают ситуации, когда они, напротив, желают смерти близкого человека, или пациент находится в конфронтации с ними. Возможно, у него есть другое доверенное лицо, которое представляет его интересы, и он сообщает об этом врачу или юридически оформляет доверенность на имя этого человека. В таких случаях врачу предстоит решать, чью волю он должен исполнить: волю больного или его родственников.

Субъектом получения конфиденциальной информации могут выступать и общество, государство, его правоохранительные органы. Так, в Законе РБ «О здравоохранении» однозначно указано, что медицинские и фармацевтические работники обязаны сообщать о со-

стоянии здоровья граждан: органам охраны здоровья, дознания и следствия; судам по их требованию; правоохранительным органам при выявлении, что смерть или телесные повреждения наступили вследствие внешних воздействий насильственного характера (ст. 60). Выступая свидетелем по требованию судебной власти, врач не имеет права умалчивать о том, что ему известно. При столкновении обязанности соблюдать врачебную тайну с обязанностью способствовать суду в раскрытии истины закон отдает преимущество последнему. Вместе с тем с моральной точки зрения проблема выбора всегда остается мучительной для врача: сделать субъектом доверительных отношений пациента или правоохранительные органы.

С проблемой субъекта тесно связан вопрос об этических и юридических *границах сохранения тайны*, доверенной пациентом врачу. Они оговорены как в кодексах, декларациях медиков, так и в законодательствах государств по вопросам охраны здоровья. Уже формула неразглашения врачебной тайны в клятве Гиппократов подразумевает, что существуют ситуации, освобождающие врача от обязанности хранить тайну. Они определяются тем, насколько личный интерес пациента в сохранении его тайны совпадает с интересами общества или других людей. При отсутствии противоречий этические и юридические границы тайны остаются неприкосновенными. В случаях же, когда конфиденциальная информация, полученная врачом от пациента, угрожает здоровью или безопасности других, ее разглашение допускается, а иногда и прямо предписывается. Например, согласно британскому Кодексу профессионального поведения врачей, это возможно, когда речь идет о совершенном, задуманном или готовящемся преступлении; о мошенничестве; о возможности наказания невиновного за преступление, которого он не совершал; о лечении с использованием опасных препаратов; о медицинском шарлатанстве и т.д. С юридической и нравственной точки зрения есть также граница, за которой молчание венеролога может быть им нарушено без всякого опасения обвинения в несоблюдении тайны. Это случаи умышленной, сознательной передачи венерической болезни или СПИДа другому лицу. Здесь не может быть и речи о соблюдении тайны.

Вместе с тем существует множество пограничных ситуаций, которые, не будучи специально оговорены в законодательстве, требуют от врача конкретного нравственного решения. Это ситуации, когда принцип конфиденциальности может вступать в противоречие с другими обязательствами врача перед пациентом. Так, желая уберечь больного от суицида, врач должен сообщить близким, что больной находится в состоянии тяжелой душевной депрессии. Допустимо на-

рушение принципа конфиденциальности и в тех случаях, когда его использование может нанести ущерб другому лицу (например, врач обязан сообщить в соответствующие органы о случаях жестокого обращения с детьми). Недопустимо также сокрытие врачом некоторых заболеваний (эпилепсия, сердечно-сосудистые заболевания) у лиц определенных профессий (стрелочник, водитель, пилот).

Особенно серьезные разногласия возникают у врачей-психиатров о праве (или обязанности) нарушить врачебную тайну в тех случаях, когда больной сообщает врачу о своем намерении совершить убийство или другое противоправное действие. Часть врачей считает, что нарушение тайны в этом (как и в других случаях) резко уменьшит число больных, обращающихся к ним за помощью, снизит искренность и доверие больного, а это понизит эффективность лечения и, в конечном счете, лишь увеличит число противоправных поступков. Однако с подобным утверждением согласны далеко не все врачи, считая, что не следует абсолютизировать сохранение врачебной тайны любой ценой, особенно когда есть угроза безопасности для других людей.

Необходимость защиты интересов личности ограничивает круг субъектов, которым может быть разглашена профессиональная медицинская тайна, в основном, правоохранительными и здравоохранительными органами. Однако проблема этических и правовых границ врачебной тайны неоднозначна и по-прежнему заслуживает осмысления и обсуждения. Известно, например, что пределы хранения врачебной тайны должны простирается до смерти больного, а в тех случаях, когда оглашение тайны может повредить его потомству или нарушить семейное спокойствие, то и дальше. Однако безусловное воспрещение посмертного обнародования врачебной тайны по отношению к общественным деятелям, имя которых принадлежит истории, может идти вразрез с законным желанием современников и потомков знать причины их смерти и разрешить сомнения, возбуждаемые противоречивыми толками.

Проблема это не новая. Требование безусловного соблюдения врачебной тайны восходит ко времени так называемой «храмовой медицины». Не случайно в Древнем Риме медицину называли искусством молчания. Но и сегодня врачебная тайна сохраняет элементы кастовости в виде зон умолчания, обеспечивающих защиту интересов «жрецов» государственной власти, особенно в условиях авторитарных режимов. Наглядным примером стало сокрытие от народа и извращение истинного состояния радиационной активности после Чернобыльской аварии. Проявляется это и в утаивании «правительственными врачами» информации о состоянии здоровья первых лиц в государстве, от деятельности которых зависят судьбы народов и стран.

Демократические преобразования в обществе требуют расширить законодательные рамки, касающиеся субъектов, о которых и для которых профессиональная врачебная тайна не только может, но и должна быть разглашена. Информация о состоянии здоровья первых лиц в государстве не должна составлять тайну, если она свидетельствует о том, что руководитель не в состоянии адекватно принимать важные государственные решения. Народ не из некрологов и не из исторических исследований под грифом «Совершенно секретно» должен узнавать о том, что им управляли «живые трупы» или психически больные люди. Он должен быть вовремя информирован о состоянии здоровья руководителей государства и иметь возможность выразить свое отношение к данному явлению. Думается, что в таком подходе выражается гражданское достоинство и избранных, и избирателей, в том числе и врача. Врач в свободном обществе должен быть свободным человеком, а не находиться в зависимости от воли руководителей государства.

Законодательно следует закрепить и положение о том, что руководители государства, в том числе и министр здравоохранения, должны нести юридическую ответственность за сокрытие от населения информации об авариях на промышленных предприятиях, связанных с нарушениями экологической ситуации и оказывающих влияние на состояние здоровья людей и всего живого на планете. Контроль над соблюдением этих требований должен составлять прерогативу комитетов по биоэтике.

«Не навреди» – гуманистическая норма биомедицинской этики²

Важнейшие этические принципы находят отражение, как известно, в нормах и ценностях. История общества всегда включала в себя в качестве величайшей ценности человеческую жизнь. В медицине отношение к жизни больного как ценности нашло отражение в этическом принципе «святости жизни»: «Не навреди», который стал гуманистическим идеалом врачевания. Он представлен переживаниями сострадания и сорадования врача и больного и реализуется в актах их содействия, соучастия и помощи.

Содержание принципа «Не навреди», являясь выражением способа существования межличностных взаимоотношений «Я» (врача) и «Другого» (больного) на протяжении истории медицины углублялось, определяясь той социальной реальностью, в которой этот принцип осуществлялся. До XX столетия взаимоотношения Я и Другого в большей степени носили *субъект-объектный* характер. А потому и в

медицине Другой (больной) рассматривался в основном как объект познания и воздействия для Я (врача). Субъективность больного мало учитывалась. Такой характер взаимоотношений между врачом и пациентом во многом был обусловлен низким уровнем информированности больного, что нашло отражение в господствовавшей на протяжении 24 столетий *патерналистской модели*. В соответствии с ней врач полностью брал на себя ответственность за лечение и его исход; предоставление информации пациенту находилось в исключительной компетенции врача.

Особенностью общественной жизни XX–XXI вв. является понимание социальной реальности как *интерсубъективности* – особого рода реальности, в которой взаимоотношения Я и Другого являются не только выражением их взаимодействия как «субъекта» и «объекта», но и как «субъекта» (врач) и «субъекта» (больной), наделенных одинаковой активностью. В медицине интерсубъективность ознаменовалась появлением в середине XX в. новой модели взаимоотношений между врачом и больным – *«модели сотрудничества»*, в которой они выступают как равноправные партнеры. Их равноправность основана на принципах автономности и информированного согласия.

Гуманистический характер «модели сотрудничества», строящейся на принципе *субъект-субъектных* отношений Я и Другого, где в качестве равноправных субъектов выступают и врач, и больной, не отрицает значения нравственного авторитета врача, основанного на его профессиональных знаниях, компетентности и опыте, а включает и ответственное отношение к процессу лечения информированного больного, а также контроль последнего над выполнением врачом нравственного идеала «Не навреди».

В условиях повышения роли пациента в принятии на себя ответственности за ход и исход лечения врач должен иметь в виду, что любое, даже самое продуманное его решение, может иметь лишь вероятностный результат, ибо он будет зависеть от субъективной устремленности больного. А она может измениться по его воле в любой момент, поскольку только он выступает полноправным хозяином своих устремлений. Поэтому врач должен обратить внимание на то, что сферой взаимоотношений между Я и Другим является соприкосновение, взаимное проникновение личностных миров его и больного. При этом каждый из этих миров субъективен, а потому ни врач, ни больной не вправе, например, выставлять требование целиком разделять взгляды и убеждения (религиозные, политические, философские и даже научные), близкие и дорогие каждому из них. Принятие универсальных прав и свобод, уважение самовыражения человечес-

кой индивидуальности, т.е. *толерантность* является эмпирическим выражением идентификации Я и Другого и условием соблюдения принципа «Не навреди».

Принцип «Не навреди», выступая регулятором взаимоотношений личностных миров врача и больного, включает в себя и конфиденциальность, и коллегиальность, и свободный выбор пациентом врача, и беспристрастный анализ врачом ошибок своих коллег, как и своих собственных. Врач должен препятствовать практике бесчестных и некомпетентных коллег и различного рода непрофессионалов, наносящих ущерб здоровью пациента.

Высшие моральные ценности в биомедицинской этике

Основополагающие *универсальные этические принципы и нормы* не исчерпывают собой методологическую базу моральной регуляции в медицине. К ее базисным основаниям относятся также *высшие моральные ценности*, выступающие формой проявления и дополнения биоэтических принципов. Как могут и должны проявлять себя в деятельности медицинского работника — на теоретическом и практическом уровнях — эти ценности, как регулируют они нормы поведения врача и исследователя, всегда ли они выступают основой «стратегии и тактики» их профессионального выбора? Ответ на эти вопросы предполагает, в свою очередь, решение двух этических проблем.

Во-первых, это проблема установления однозначной экспликации сущности и признаков *Жизни* и *Смерти* человека как *высших базовых ценностей*. До сегодняшнего дня единства в их понимании нет, что трагически, можно сказать, смертельно, сказывается на судьбах людей, ждущих, например, донорских органов от умерших людей для пересадки. Решение этой задачи, которое должно стать делом совокупных усилий медиков, философов, этиков, танатологов, представителей религиозных конфессий, юристов даст возможность определиться, наконец, в решении вопроса о праве человека на *достойную жизнь* и столь же *достойную смерть*. А это, в свою очередь, выступает необходимым основанием деятельности трансплантологов, реаниматологов, акушеров-гинекологов и других специалистов. Тема эта настолько глубока и серьезна, что требует отдельного разговора.

Во-вторых, это проблема активного включения в лечебную и исследовательскую практику в качестве руководства к действию свода *высших моральных ценностей* — таких, как *Добро* и *Зло*, *Страдание* и

Сострадание, Свобода и Ответственность, Долг и Совесть, Честь и Достоинство. Это проблема решаемая, и решать ее можно без особого напряжения: путем биоэтического вузовского образования, повышения уровня этических знаний у практикующих врачей, руководителей сферы здравоохранения, разумеется, при условии осознания ее значения на всех уровнях. Дело в том, что, с одной стороны, у современных медиков, особенно молодых, эти ценности стали терять свой престиж и значимость, и их необходимо вернуть; с другой — преломленные сквозь призму профессиональной деятельности эти ценности обретают в медицине особую специфику. Причем оказывается, что специфика эта часто приводит к рассогласованию их восприятия и оценки «обычными» людьми и медицинскими работниками. Особенно наглядно это видно на примере отношения к таким категориям, как добро и зло, проявляющим в сфере медицины относительность и нерасторжимую связь; страдание и сострадание, демонстрирующим иногда неизбежность и даже полезность первого и сомнительное значение и опасность второго; свобода, дающая медику и биологу-исследователю право на риск, а поэтому и на ошибку, но и налагающая за них высокую ответственность.

Особое место в этом ряду занимает категория *достоинство*. В широком этическом контексте это, прежде всего, *объективная самооценочность*, которой обладает каждый человек по праву своего рождения только потому, что он человек (отсюда — *человеческое достоинство*). Все люди, и пациенты в том числе, независимо от их социального статуса, психического и физического состояния и поведения имеют равные права на признание и уважение *собственного достоинства*. Таким образом, в биомедицинской практике этот принцип охватывает более широкий круг ситуаций, чем принцип автономности, который предполагает *осознанную* дееспособность и самостоятельность личности. Уважение же человеческого достоинства связано не только с наличием осознания и чувства своего достоинства, которые проявляются во внутренней уверенности личности в собственной ценности, в сопротивлении попыткам посягнуть на свою индивидуальность и независимость, в самоуважении. Их может и не быть. Уважение достоинства относится и к таким ситуациям, когда человек не в состоянии выразить свою волю, когда в силу своего физического или психического расстройства он совершенно не способен к автономным действиям, когда приходится говорить даже не о человеческой личности, а о человеческом существе. Речь идет о таких ситуациях, как вегетативное существование, тяжелые формы гериатрического состояния, эксперименты с эмбрионом человека и др.

В медицине, как нигде более, понятие *достоинства* человека находится в сложном взаимодействии с переживаемыми им *болью и страданием*³. Существуют две противоположные точки зрения по поводу влияния боли и страдания на человеческое достоинство. Первая — сильные боль и страдание *лишают человека достоинства*; именно поэтому иногда смерть предпочтительней жизни в непереносимых физических или душевных мучениях. Вторая — в том, как человек ведет себя перед лицом страданий, проявляется его сущность; поэтому желание жить вопреки боли и страданию не умаляют, а *упрочивают человеческое достоинство*. Такие разные подходы, от которых иногда зависит решение многих важнейших проблем биоэтики, в частности отношение к эвтаназии, определяются спецификой понимания сущности, места и роли *страдания как моральной ценности* в сфере медицины.

Страдание — это эмоциональное состояние человека, порожденное трудностями, превышающими его физические, душевные и духовные возможности. Причины его могут быть различны: боль, шум, яркий свет, громкая речь, болезнь человека или его близких, разочарование, неудача, расставание с семьей и друзьями. Страдание бывает связано с личными установками человека или вызвано воспоминаниями и предвидением условий, при которых оно возникало или должно возникнуть. Но какими бы ни были причины страдания, безусловно одно: «Всякое страдание и болезнь вносят в духовный мир человека такие перемены, которые меняют подчас гармонию личности, а также характер отношения к самому себе, ко всему окружающему» (Г.И.Россалимо). Это ситуация, в которой человек чувствует себя одиноким, потерпевшим поражение.

Будучи не в состоянии преодолеть трудности самостоятельно, страдающий человек нуждается в поддержке. Тем более в такой поддержке нуждается больной человек. Именно физическое и психическое состояние заставляет его обратиться к врачу, основное предназначение которого — *освободить пациента от страдания*. Поэтому каждый, кто встал на путь врачевания, не может смириться со страданиями больного и привыкнуть к ним. Напротив, он должен знать, в чем заключается сущность страдания, каковы его причины, как оно проявляется и как помочь пациенту преодолеть его. Вместе с тем следует помнить и о том, что *страдание, боль* — это еще и показатель и симптом болезни, а иногда (например, при родах) и естественное состояние для пациента. Тем более, что корреляция *боли и страдания* неоднозначна: боль испытывает тело, а страдание — личность; боль не обязательно влечет за собой страдание; страдание человек может испытывать и без боли; страдает не только тот, кто испытывает боль,

но и сопереживающие ему; боль сопровождается страданием, когда она невыносима, не прекращается, внушает страх или отвращение; боль преодолима, если она имеет смысл — осмыслена.

Поэтому, стремясь облегчить боль и страдания больного, врач не должен делать это самоцелью, добиваясь облегчения любой ценой (например, ценой образования впоследствии у больного наркотической зависимости). В связи с этим следует сказать о столкновении альтернативных точек зрения. Представители одной из них — «безболезненной» медицины, считают, что везде, где только можно, следует стремиться снимать боль и неприятные ощущения у пациента (лечение зубов под общим наркозом). Другой — медицины «суровой», считают, что боль, страдание следует рассматривать как сигнал, изменение интенсивности которого свидетельствует о течении заболевания, помогая врачу корректировать его действия, и поэтому они должны иметь место. Нравственный ориентир врачу в отношении к страданию больного дает *сострадание*, помогая ему находить «золотую середину», проявлять необходимую гибкость, облегчая или сохраняя страдание.

Сострадание — способность страдать вместе с другим, сочувствовать, сопереживать, соболезновать ему — является, на наш взгляд, неотъемлемым качеством врача. В основе этой способности лежит высоко развитая эмоционально-чувственная сторона морального облика личности. Можно утверждать, что для врача — это элемент его профессионализма. Однако существует точка зрения, что сострадание «мешает» врачу, отвлекает его на эмоциональные переживания вместо того, чтобы сконцентрировать все силы на рационально-рассудочном анализе хода болезни, стратегии и тактики ее преодоления, поисках оптимальной методики лечения. Кроме того, как считают сторонники подобного рационализма, сострадание препятствует моментальному принятию решения, заставляет врача колебаться, терять драгоценное время в экстремальных ситуациях (поэтому, в частности, по их мнению, женщинам, у которых эмоционально-сострадательная сфера развита сильнее, чем рационально-аналитическая, труднее быть хирургами).

Важно не декларировать сострадание, а на деле проявлять его. Наиболее действенной, «практической» формой сострадания выступает *милосердие* — общечеловеческая моральная ценность, проявление человеческого в человеке. Врач и лингвист Вл. Даль в своем «Толковом словаре» определил *милосердие* как сердоблюбие, готовность делать добро всякому, любовь на деле. Человека доброго, *милосердного* отличают от равнодушного и жестокого, от подлеца и демагога не высокие слова, а добрые дела по отношению к конкретному челове-

ку, попавшему в беду. Особенно велика роль милосердия в медицинской практике, где врачи, медсестры, фармацевтические работники имеют дело с инвалидами, тяжелобольными, немощными стариками. В истории медицины есть немало примеров, когда врачи были зачинателями добрых дел, проявляя тем самым верность принципам гуманизма и милосердия. На могильном камне замечательного русского врача-гуманиста Ф.И.Гааза начертан девиз его жизни: «Спешите делать добро», который должен быть девизом каждого медика. А.П.Чехов говорил, что профессия врача — это подвиг. Она требует чистоты души и помыслов. Поэтому будет правильным утверждать, что страдание и сострадание — это конкретное проявление *Добра* и *Зла* в медицине.

Добро и *Зло* — эти обобщенные формы разграничения и противопоставления *нравственного* и *безнравственного* — являются критериями любой поведенческой деятельности человека. Особое значение приобретают они в медицине, от которой во многом зависит не только сохранение, но и качество жизни людей. Не случайно в профессиональных деонтологических кодексах и клятвах сформулированы нравственные принципы и идеалы, определяющие мотивы и действия врача. Они выступают *нормами добра*, и ими должен прежде всего руководствоваться врач при определении стратегии и тактики лечения и исследования.

Казалось бы, их соблюдение автоматически решает проблему Добра и Зла. Но дело в том, что нравственные коллизии медицины здесь только начинаются. Действительно, «не навредить» — значит не сотворить зла. Но что есть зло в каждом конкретном случае? Хирургическое вмешательство, которое может спасти жизнь больному, но может и «навредить» (оказаться бессмысленным или неудачным, усугубить его страдания) — добро это или зло? Что делать: ждать, пустить болезнь «на самотек», опасаясь «навредить», или, наоборот, спешить предпринять все необходимое, ибо «промедление смерти подобно»? Многое здесь зависит от темперамента, характера, решительности врача, его способности к риску, его моральных установок и мотиваций. Что, например, окажется сильнее: стремление помочь, облегчить страдания, «не навредить» именно этому больному, или здоровая любознательность исследователя, желание испробовать еще одну методику, чтобы спасти многих, даже попутно «навредив» одному? Причем речь здесь идет о благородных мотивах, но даже они могут быть «добром» или «злом». Что же говорить о таких низменных мотивах, как карьера, личное благополучие или спокойствие, которых часто добиваются, именно «навредив».

Но если навредил, сотворил зло, не желая того, не специально, а, скажем, по неведению, оправдывает ли это зло? Смотря по тому, что это за неведение: неведение самой медицины (которая действительно сегодня еще многого не знает и не умеет), или личное неведение врача? Ведь часто фразой «медицина здесь бессильна» некомпетентные, непрофессиональные врачи прикрывают свое собственное бессилие и творимое ими зло. Медицина уже знает, может, умеет, а он, врач, не слышал, не читал, не знает, по-прежнему остается на уровне устаревших учебников.

Есть области медицины, в которых выполнение заповеди «Не навреди» особенно проблематично, например в психиатрии. Здесь, корректируя поведенческие реакции больного, приводя их «в норму», медицина вторгается в область личностной автономии субъекта. Это Добро или Зло? Для кого: для больного или окружающих? Не случайно именно по этическим соображениям наложен мораторий на некоторые методики в области психиатрии.

Или: что означает в медицине библейское общечеловеческое «Не убий», когда, несмотря на действия врача или даже в их результате, наступает смерть больного – это «убийство»? И если да, то всегда ли это – зло? А если это помощь больному в прекращении его страданий? Но имеет ли врач юридическое и моральное право на подобную «помощь»? Или другая традиционная медико-морально-христианская проблема: аборт – это убийство, это нарушение заповеди «не убий»? И как решить здесь проблему добра и зла, особенно если речь идет о плоде с заранее известными аномалиями развития?

Как видим, проблема Добра и Зла в медицинской этике не ограничивается простым постулированием, «что такое хорошо, и что такое плохо». Она нацеливает на неоднозначные решения в конкретных ситуациях. Решения эти облегчает или затрудняет то, что, как известно, в реальной жизни нет абсолютного Добра и абсолютного Зла. Каждое явление и действие может в той или иной степени нести в себе и то, и другое. И задача врача – суметь выявить эту степень и минимизировать Зло, максимально творя Добро.

Очевидно, что большинство проблем, связанных с особенностями проявления высших моральных ценностей, носят и в клинической, и в исследовательской медицине «открытый» характер, поскольку они ставят врача, исследователя, пациента перед *выбором*, который не является однозначным и простым и может быть одинаково мучительным для всех сторон.

Вместе с тем наличие и необходимость выбора порождает и определенное противоречие: *вариативность выбора* входит в конфликт с требованиями *нормативной регуляции*, которая, напротив, предпо-

лагает *однозначность решения*, особенно если речь идет о правовой регуляции. Но ведь без правовой базы, четко определяющей права и обязанности обеих сторон, исследования невозможны и опасны.

Разрешение этого противоречия — между гуманистической свободой выбора и авторитарными предписаниями права — зависит от уровня *этической компетентности*, которая требует *биоэтического образования* разных групп участников исследовательского процесса:

- в первую очередь, самих исследователей: медиков, генетиков биологов;
- представителей власти и правовых институтов, принимающих законы и решения;
- членов Комитетов по биоэтике, не имеющих специального этического образования;
- испытуемых, информирование которых предполагает наличие некоторого «предзнания»;
- населения, из которого «рекрутируются» испытуемые и общественное мнение которого оказывает определенное влияние на направление биомедицинских и генетических исследований в обществе.

Вместе с тем низкий этико-образовательный уровень этих категорий — проблема не только всех регионов постсоветского пространства, но и многих других стран. Причем даже тогда, когда образовательный уровень можно признать удовлетворительным, оказывается, что эта 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. Патернализм, в свою очередь, уходит корнями в авторитарную этику, признающую в качестве высшей ценности интересы общества, государства, науки, а не индивидуальную личность. Это ставит нас перед необходимостью формирования у медиков, биологов, генетиков, у политиков и обычных граждан *новой гуманистической этической установки*, достигаемой путем биоэтического просвещения. Но это уже другая тема.

Примечание

- ¹ Basic ethical principles in european bioethics and biolaw / Ed.: J.D.Reindtorff, P.Kemp. Vol. I: Autonomy, dignity, integrity and vulnerability. 428 p.; Vol. II: Partners' research. 372 p. Barselona, 2000 Рецензия Б.Г.Юдина (Вопр. философии. 2003. № 5. С. 180—183).
- ² Принцип «Не навреди» является предметом постоянных раздумий медиков — от Гиппократа до наших дней. В данном разделе представлена его интерпретация Э.А.Фонотовой.
- ³ Пулман Д. Достоинство человека, боль и страдание // Человек. 2001. № 3. С. 104—114.

Биоэтика в контексте междисциплинарных стратегий и механизмов создания этических комитетов

Биоэтика как междисциплинарное научное направление, академическая дисциплина и социальный институт опредмечивается в контексте общей стилистики, характерной для постнеклассической науки последней трети XX в. В это время в ткань науки входят непривычные для классической науки идеалы блага человека и человечества, морали и добра, долга и ответственности за результаты, полученные в процессе научного изучения человекообразных объектов.

Внедрение в практику новых медицинских технологий (методов искусственного оплодотворения, суррогатного материнства, пренатальной диагностики), актуализация проблем трансплантации, эвтанази, биомедицинских экспериментов, проводимых на людях и животных, необходимость морально-этического и правового регулирования возникающих в процессе биомедицинских исследований коллизий послужили своеобразным социальным заказом по отношению к становлению биоэтики.

Начало XX–XXI столетия характеризуется формированием единой цивилизации с новой шкалой общечеловеческих духовных ценностей, которую можно назвать экосоциумом, или эколого-информационным обществом. Особое место в этой цивилизации принадлежит философии, науке, ноосферологии, таким междисциплинарным областям, как биоэтика, которые через систему образования и обоснования новых приоритетов призваны обеспечить основу для экологизации и гуманизации общества. Какова роль философско-методологической рефлексии над основаниями науки в этом процессе, в каких ее областях формируются новые подходы, изменяющие облик современной культуры и обеспечивающие сближение естественно-

научного и гуманитарного знания? Каковы особенности науки конца XX — начала XXI в. с точки зрения субъект—объектных отношений, ценностно-целевых структур, перспектив и границ научного поиска? Какова роль и статус биоэтики как междисциплинарного направления и социального института, каковы моральные и правовые основания создания этических комитетов в современных условиях? С целью поиска ответов на эти вопросы необходимо проанализировать важнейшие концепции современной науки, ее идеи и новые подходы, выявить механизмы формирования гуманистических ориентиров, рассмотреть проблему взаимоотношения научной истины и нравственности. Важно раскрыть тенденции к интеграции естественнонаучного и гуманитарного знания, междисциплинарному взаимодействию различных областей знания в контексте становления биоэтики и этических комитетов в современной социокультурной ситуации.

Гуманистические повороты в современной науке

В развитии постнеклассической (современной) науки (последняя треть XX в.) выделяется ряд концепций и подходов, благодаря которым можно зафиксировать механизмы формирования идеалов и норм научного знания, наполняющие структуру научного поиска ценностными ориентирами и гуманитарными параметрами. Механизмы, трансформирующие идеалы современного научного знания, особенно интенсивно входят в науку во второй половине XX столетия. Этот процесс осуществляется через разработку концепции ноосферы, идей нелинейной, «сильно неравновесной» термодинамики (школа И. Пригожина), синергетики, современной космологии, развитие системных и кибернетических подходов, идей глобального эволюционализма, так называемого «антропного космологического принципа», становление междисциплинарных направлений, развитие биомедицинских исследований с участием человека.

Вхождение «человекоцентристских» аргументов четко наблюдается прежде всего в концепции ноосферы В.И. Вернадского, основанной на идее целостности человека и космоса. Речь идет и о целостности современной науки, в которой стираются грани между ее отдельными областями и происходит специализация скорее по проблемам, чем по специальным наукам. Задача научно строить мир, с точки зрения Вернадского, отказавшись от себя и стараясь найти какое-нибудь независимое от собственной природы понимание мира, челове-

ку не по силам, это иллюзия. Наблюдатель — субъект с необходимостью включен в картину исследуемой реальности, в саму природу. Ноосфера является лишь новым качественным состоянием биосферы, в котором разум человека призван играть решающую роль.

В настоящее время рассматриваются различные сценарии самоорганизации в широком классе неравновесных физических, химических, биологических и социальных систем: в физике (гидродинамика, лазеры, нелинейные колебания); в электротехнике и электронике; в химии (реакция Белоусова-Жаботинского); в биологии (морфогенез, динамика популяций, эволюция новых видов, иммунная система); в общей теории вычислительных систем, в экономике, экологии, социологии; в медицине (синергетические подходы в психиатрии и т.п.).

Важнейшими характеристиками самоорганизующихся систем является их *нелинейность*, *стохастичность (непредсказуемость)*, *наличие большого числа подсистем*, *открытость*, *необратимость (неповторимость)*. Характерен *«веер возможностей» развития системы в точках бифуркации*, когда система теряет стабильность и способна развиваться в сторону многовариантных режимов функционирования. Предполагается также оценочный анализ возникающих вопросов и возможных вариантов ответов на них. Что произойдет, если..., какой ценой будет установлен порядок из хаоса, какие последствия вызовет такое слабое «воздействие» на систему как..., какова значимость того, что погибнет и что возникает, если... Такого рода вопросы свидетельствуют о необходимости отказа от позиции беспрекословной «манипуляции» и жесткого контроля над изучаемыми системами, в особенности в области биомедицинских исследований с участием человека.

Отказ от жестких средств обоснования научного знания, учет различных действующих на систему параметров и обращение к концепциям случайных, вероятностных процессов демонстрируют на современном этапе и многие *медицинские дисциплины*. Кризис советской клинической психиатрии, как отмечают некоторые исследователи, во многом объясняется «пристрастием» к линейному принципу. Согласно данному принципу каждая психическая болезнь должна включать единые причины, проявления, течение, исход и анатомические изменения (т.е. одна причина дает одинаковый эффект). Такая «жесткость» в формулировке тезиса (постановке клинического диагноза), как свидетельствует современная медицина, ничем не оправдана. Нельзя не учитывать тот фактор, что как неповторимы физические и духовные свойства отдельных индивидов, так индивидуальны проявления и течение болезни у отдельных больных.

Аргументация на основе «непогрешимого», «объективного», «непредвзятого» клинического метода, изложения «без личного толкования» является несостоятельной прежде всего с логической точки зрения. Она демонстрирует неадекватность претензий клинической метода на индуктивное выведение законов. В данном случае система постановки клинического диагноза представляет собой не что иное, как суждение по аналогии, или индуктивное доказательство, когда на основе повторяемости симптомов и синдромов конструируется представление о законе (нозологической форме). Вместе с тем такой подход несостоятелен и в морально-психологическом плане, поскольку лечение адресуется не к личности, как декларируется клинической психиатрией, а к болезни, т.е. «лечится болезнь, а не больной».

Отход от однолинейности и жесткости, обращение к теориям случайных процессов приведет, как считают некоторые специалисты, к *обновлению психиатрии*. Понятие болезни будет вероятностным, а ее возникновение в ряде случаев — принципиально непредсказуемым. В психиатрии появится свобода воли в ее термодинамическом выражении. Это повлечет за собой и изменение суждения о «норме» и болезни, к размыванию «границы» между ними широким спектром адапционных реакций. Суждение же о «нормальном» будет изменяться вместе с обществом и в зависимости от модели медицины.

Осознание чрезвычайной сложности и целостности объекта исследования ставит современную психиатрию перед необходимостью включения в ее аргументационную систему описаний различного уровня (биохимического, поведенческого, социального), подобно принципу дополнительности Н.Бора. Гибкость и многовариантность в постановке диагноза болезни, ориентация на конкретного человека обеспечивает воплощение фундаментального принципа медицины — «лечить не болезнь, а больного» и избежания этических «перекосов» (гипердиагностики и наоборот, презумпции болезни).

Этические и аксиологические аргументы с неизбежностью «пронизывают» и другие медицинские дисциплины. Такая медико-биологическая наука, как *танатология*, изучающая причины, признаки и механизмы смерти с особой остротой ставит проблему «этической аргументации» при пересадке органов. Возникает вопрос, как избежать этического перекоса: прежде чем донорский «живой» орган может быть изъят, сам донор должен быть «мертвым». Та же коллизия появляется при решении вопроса о продлении жизни больного с помощью аппаратуры: какие аргументы будут этически вескими при решении вопроса об отключении аппаратуры, т.е. по сути дела «умерщвлении» больного. При решении вопроса о сохранении

жизни обреченных от неизлечимых болезней больных мы снова решаем дилемму: насколько этичны идеалы медицины, приписывающие бороться за жизнь «до конца», если больной предпочитает «легкую смерть».

Причастность человека к постижению таких сложных объектов, как атомная энергия, объектов экологии, геномной инженерии, микробиологии, в которые включен человек, широкое внедрение роботов и компьютеров в производство и в самые различные сферы жизни человека и общества, функционирование науки на современном этапе в качестве социально интегрированной технологической экспертизы в ряде областей, внедрение в практику новых медицинских технологий ставят под сомнение тезис об «этической нейтральности» науки (Б.Г.Юдин) [1]. Становится ясно, что естествознание нашего времени значительно ближе по стратегии исследования к гуманитарным наукам, чем в предшествующие периоды исторического развития, вводя в него непривычные для традиционного естествознания категории долга, морали и т.д. (В.С.Стёпин) [1]. Аргументы, используемые при постижении уникальных эволюционных систем, не могут быть этически безразличными. Позиция, нацеленная лишь на получение нового истинного знания, является слишком узкой, а порою и опасной. Возникает необходимость в появлении подходов, устанавливающих контроль за самим постижением научной истины. В иерархии ценностей, к которым несомненно относится научная истина, наряду с ней в современной науке выступают такие ценности, как благо человека и человечества в их единстве и взаимодействии, добро и мораль. Поиск научной истины «освещается» аксиологическим императивом: не увеличит ли новое знание риск существования и выживания человека, будет ли оно служить благу человечества, его интересам.

Биоэтика в контексте междисциплинарных стратегий

Некорректность элиминации аксиологических, нравственных и гуманистических ценностей из системы научного знания особенно остро обнаружилась в области биомедицинских исследований. Этому предшествовало переосмысление парадигмы ценностной нейтральности научного знания, технократического мышления, характерного для классической науки и технико-инженерной модели взаимоотношения врача и пациента, в рамках которой человек рассматривался как объект экспериментирования и манипулирова-

ния. Активность субъекта, его свободная воля, уникальность, специфические особенности не учитывались в данной модели взаимоотношения врача и пациента. Становление такой новой междисциплинарной области исследования, как биоэтика, способствовало актуализации более адекватной модели взаимоотношения врача и пациента, основанной на демократических ценностях солидарности, сострадания, соучастия, диалого-коммуникативистских интересов (Б.Дженнингс).

Новая модель взаимоотношения врача и пациента, последующие мощные общественные движения за права человека на получение информации о диагнозе и прогнозе собственного состояния, принятие решения в выборе методов лечения и т.п. дали толчок разработке и систематизации в 70-х гг. XX в. основных принципов биоэтики, в число которых были включены не только принципы «не навреди», «делай добро», но и принципы свободы, справедливости, долга и благо, гуманизма.

Становлению биоэтики как академической дисциплины и социального института предшествовали аксиологические и этические повороты, формирующиеся в лоне современной науки, междисциплинарных исследований, моральных проблем биомедицины, связанные с необходимостью защиты достоинства и прав пациента [2, 45]. Биоэтика объединяет биологическое знание и человеческие ценности и представляет собой «систематическое исследование человеческого поведения в области наук о жизни и здравоохранения в той мере, в какой это поведение рассматривается в свете моральных ценностей и принципов» [3, 102]. Тридцатилетний период существования биоэтики как междисциплинарного направления и социального института был связан с динамикой биоэтической проблематики. Уже начиная со второй половины 1980-х гг. в биоэтике наряду с развитием биомедицинских технологий формируется достаточно мощный пласт философских знаний, трансформирующих концептуальные основания традиционной модели биоэтики западного типа. В новом ракурсе актуализируются типичные для биоэтики проблемы прав и свобод личности, формируется расширенная трактовка концепции свободы, включающая признание *автономии личности* (personal autonomy). В рамках современной интерпретации свобода рассматривается как базовая этическая ценность, проявляющаяся в выборе пациентом либо медицински возможного, либо медицински гуманного. Более глубинная этика диалога в сочетании с принципом информированного согласия заменяет преобладающую традиционную модель патернализма. Абсолютизации приоритетов как со стороны врача или

биолога — экспериментатора, так и со стороны пациента или исследуемого современная модель биоэтики предпочитает согласованность в обосновании прав и обязанностей сторон, активное привлечение пациентов к принятию решений в выборе методов лечения, особенно в случаях угрозы здоровью и жизни человека.

Философской рефлексии по мере углубления наших знаний о живой материи подвергается и категория свободы в направлении от *свободы потребительской* («свободы от») к *свободе созидательной* («свободе для»). «Свобода от» интерпретируется при этом как способность современного человека преодолевать природные формы зависимости от внешнего мира и удовлетворять свои растущие потребности (увеличение активного периода жизни, освобождение от ранее неизлечимых болезней, свободоизъявление в изменении внешности, пола, в личном выборе иметь или не иметь детей и т.д.). Современный уровень биомедицинских исследований позволяет человеку достичь определенного уровня «свободы от». Однако отделяясь от природного естества и возвышаясь над миром, человек порою попадает во все большую зависимость от современных технических средств и только в органической целостности человека и космоса, в творении самого себя, нравственном самосовершенствовании человек приближается к свободе созидательной («свободе для»). Ценностный статус свободы в процессе углубления наших знаний о живой материи, в биомедицинских исследованиях, имеющих дело с уникальными единичными объектами (человеческий геном, социо-природные феномены) предполагает необходимость самоограничений со стороны исследователей, формирование концепции *коллективной ответственности* за результаты научного поиска. Из плоскости индивидуальной понятие ответственности трансформируется в ранг коллективной ответственности за ущерб, наносимый человеку и природе.

В рамках биоэтического дискурса мораль традиционно проявляется в ее высшем смысле. Она затрагивает отношения между личностями (врач — пациент, исследователь — экспериментируемый) в экзистенциально-пограничных ситуациях, на грани жизни-смерти, здоровья-болезни. Благодаря этому осуществляется философское переосмысление категорий справедливости, долга, принципа гуманизма. Становится ясно, что гуманистическая парадигма в биоэтике может быть реализована не только при соблюдении нравственных принципов, но и при строгом следовании правовым нормам. Концепция справедливости предполагает социальный компонент и в соответствии с этим равный доступ к общественным благам, получению биомедицинских услуг, фармакологических и других средств, необходимых для поддержания здоровья.

Традиционные для биоэтики категории *долга* и *блага*, выступающие в гиппократовской формуле «не вреди», в современной биоэтике расширены до «не только не вреди, но и сотвори благодеяние». Заметим, что сама трактовка понятия благодеяния не является однозначной, в особенности при обсуждении вопросов о поддержании жизни в вегетативном состоянии, клонировании живых существ и даже человека и т.д.

Таким образом, современная парадигма биоэтики характеризуется радикальным поворотом от способов эмпирического описания врачебной морали к обостренной философской рефлексии над основаниями нравственности в биомедицинских исследованиях, расширению проблемного поля биоэтики с включением в нее не только нравственных, философских, но и правовых компонентов. Происходит объединение различных видов системы ценностей: биологических (физическое существование, здоровье, свобода от боли и т.д.), социальных (равные возможности, получение всех видов медицинских услуг и т.п.), экологических (осознание самоценности природы, ее уникальности, коэволюции), личностных (безопасность, самоуважение и т.п.).

В *западной модели* биоэтика предстает как институционально организованная социальная технология с системой стандартизованных либеральных ценностей, обеспечивающих соблюдение личных прав и свобод человека в биомедицинской сфере. Защита прав граждан от негативных последствий применения современных биомедицинских технологий осуществляется здесь посредством разработанных этических кодексов, законов, повышения сферы ответственности профессионалов-медиков и биологов, расширения их социальных обязанностей, закрепленных не только на личном, нравственном, но и на правовом уровнях. Этические механизмы контроля за действиями врачей и ученых дополняются развитой системой правового регулирования, формированием специальных биоэтических комитетов, становлением биоэтического образования [4, 1–40].

На постсоветском пространстве, в том числе и в Республике Беларусь, сложилась иная, *«отечественная»* модель биоэтики, в которой она предстает как междисциплинарная, биологически ориентированная современная отрасль знания. В ее рамках анализируются нравственные проблемы человеческого бытия, отношение человека к жизни и к конкретным живым организмам. Разработка нравственных норм и принципов, регламентирующих практические действия людей в процессе исследования природы и человека, моральных критериев социальной деятельности по преобразованию окружающей

среды, оценка роли и места человека в рамках биологической реальности, теоретических оснований концепции коэволюции общества и природы, статуса категорий жизни и смерти — таков диапазон отечественной модели биоэтики, основанной на достаточно расширительной трактовке ее проблемного поля и предмета. [5, 352–354]. Для развития биоэтики в том виде, как она принята на Западе, с его развитой системой правового регулирования, у нас в настоящее время создаются объективные и субъективные условия, формируются нравственные и правовые основы регулирования биомедицинских исследований, осуществляется поиск адекватных моделей биоэтического образования и просвещения.

Нравственные и правовые аспекты биомедицинской и экологической ситуации в Республике Беларусь

Одним из приоритетных направлений биоэтики является анализ этических норм охраны здоровья человека с учетом его социальной сущности и основных принципов функционирования человека. Здоровье человека выступает основным показателем сложного коэволюционного развития природно-человеческих систем. В этом плане можно говорить о совпадении целей биоэтики и экологической этики в контексте обеспечения экологической безопасности и здоровья населения в условиях загрязнения внешней среды и измененного равновесия системы «Человек—Природа».

В современной Республике Беларусь в силу кризисного уровня баланса в системе «Природа—Общество» статус биоэтических параметров имеет особое значение. Данные биомедицинских исследований свидетельствуют о прямой и явной угрозе здоровью населения и сохранению генофонда, в силу комплексного радиационно-химического загрязнения территории Беларуси. Особо негативную роль в этом процессе сыграла Чернобыльская катастрофа, как величайшая техногенная трагедия в истории человечества, которая принесла наибольший урон Республике Беларусь. Чернобыль показал, что подобные катастрофы не имеют границ и что мир находится в теснейшей экологической взаимосвязи, напомнил со всей актуальностью идеи В.Вернадского не только о планетарной, но и все-ленской целостности.

Биомедицинский и экологический контроль за сохранением здоровья людей, проживающих на загрязненных территориях Беларуси, свидетельствует об угрожающей динамике заболеваемости взрослых

и особенно детей, комплексном загрязнении окружающей среды не только радионуклидами, но и химическими веществами. Это сопровождается длительным посткатастрофным эмоционально-психологическим стрессом людей, массовым ощущением тревоги, возникающим и длительно сохраняющимся у людей не только на загрязненных территориях, но и во всей республике. Лишь 18% детей, выросших за последние двадцать лет посткатастрофного существования, отвечают нормальным медицинским показаниям. При этом наибольшее распространение имеют заболевания щитовидной железы (тиреоидный рак), дыхательных путей, желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы. К огромному сожалению, клинические наблюдения свидетельствуют о том, что детский тиреоидный рак обладает более выраженными агрессивными свойствами, чем у взрослых. Дети, перенесшие удаление железы, в большинстве случаев отстают в умственном и физическом развитии от своих сверстников. На этом фоне увеличивается рост заболеваний ОРЗ и гриппа в детских дошкольных учреждениях, снижается индекс здоровья у детей дошкольного возраста.

Недостаточность медицинского оборудования для оздоровления, неполный комплект необходимого физкультурного и оздоровительно-спортивного оборудования приводят к феномену длительно болеющих детей [6]. Первостепенными в этих целях должны стать комплексные профилактические и оздоровительные мероприятия в детских дошкольных и поликлинических учреждениях. Необходимо биомедицинское вмешательство с целью исследования лиц, проживающих на экологически неблагоприятных ситуациях, допускаемого с добровольно информированного согласия взрослого человека, либо с разрешения родителей (опекунов), если исследуются дети до 16 лет. Проведение предполагаемого биомедицинского научного исследования с вмешательством в психофизическое состояние людей (забор крови, УЗИ-диагностика и т.д.) должно иметь научно-практическую обоснованность и оценку потенциального риска и пользы. Лицам, подвергшимся биомедицинским исследованиям, должна быть гарантирована конфиденциальность полученной информации. Современные междисциплинарные исследования по окружающей среде должны включать в себя специалистов из самых различных областей науки — биологии, медицины, экологии, социологии, демографии, этики, философии.

Биоэтика в этом плане может внести существенный вклад в оценку состояния окружающей среды, динамики и профилактики здоровья населения. Постоянно организованный биомедицинский и эко-

логический контроль за состоянием здоровья людей, проживающих на загрязненных территориях Республики Беларусь, и отселение после аварии в «чистые» районы несомненно дают свои результаты.

В области здравоохранения Республика Беларусь руководствуется нормами международного права. Основные принципы биомедицинской этики, рекомендованные *Всемирной ассамблеей здравоохранения*, закреплены в законах Республики Беларусь «*О здравоохранении*» (1993, с изменениями и дополнениями 1998–2000 гг.) [7, 290], «*О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании*» (1999) [8, 421], «*О безопасности генно-инженерной деятельности*» (2006) и *Концепции развития здравоохранения в Республике Беларусь* [9]. Правительство страны разработало и одобрило *Национальную стратегию устойчивого социально-экономического развития Республики Беларусь на период до 2020 г.* [10, 76–79; 107–138]. Данная концепция на сегодняшний день является хорошей базой для принятия правовых актов, а также общегосударственных, отраслевых программ, определяющих конкретные мероприятия и ресурсы для обеспечения устойчивого развития Беларуси, этико-правового обеспечения использования биологического разнообразия.

Закон «*О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании*» провозглашает основы государственного регулирования оказания психиатрической помощи, гарантии и права граждан, основополагающие принципы оказания психиатрической помощи (принцип добровольности, информированного согласия на лечение и возможность отказа от него, а также обеспечение ее «в наименее ограничительной форме»). Принудительное содержание и лечение человека в стационаре возможно только по решению суда, которое, в случае несогласия, может быть обжаловано пациентом, его представителем, либо правозащитной организацией. Этико-правовые нормы психиатрической помощи дополняются такими понятиями, как моральная автономия душевнобольного на всем пространстве его взаимодействия с психиатрическими службами, разумность и благоумие и т.д.

Наряду с обеспечением правового статуса биоэтики, ее социально-этические основания разрабатываются и во взаимодействии с христианской моралью. В России, при Московской патриархии уже действует, а в Беларуси при Минской патриархии планируется создание церковно-общественного совета по медицинской этике [11]. В ряде биоэтических вопросов христианская церковь занимает весьма жесткую позицию: по клонированию человека и его органов (особенно

сердца), эвтаназии, искусственному зачатию и прерыванию беременности, которое рассматривается как посягательство на жизнь будущей человеческой личности. В то же время допустимым и полезным считается клонирование изолированных клеток и тканей живых организмов, генотерапия, трансплантация отдельных органов, исследование и применение ряда современных молекулярно-генетических методов лечения. Женщина, вынужденная при прямой угрозе ее физическому и душевному здоровью прервать беременность, не отлучается от церкви, но обязана исполнять личные покаянные молитвенные правила, определяемые священником после исповеди. При Минской епархии Белорусского Экзархата накоплен достаточный опыт по распространению идей биоэтики православным братством врачей, а при Всехсвятском приходе в г. Минске организован Дом милосердия. Духовная и медико-психологическая поддержка безнадежно больным детям оказывается в Белорусском детском хосписе при онкологическом центре в Боровлянах.

Таким образом, биоэтика как социокультурный феномен в значительной степени детерминирует в нашем обществе сотрудничество и взаимообогащение правового и нравственного сознания. Она задает ориентиры биомедицинской практики и принятия управленческих решений, обеспечивая нравственный климат в научном сообществе, медицинских коллективах, адекватный моральный выбор специалистов медиков, биологов, биотехнологов, меру их вмешательства в сферу живого, социальной и правовой ответственности перед обществом за результаты научно-практической деятельности.

Взаимовлияние нравственного и научного дискурсов в науке в целом и в биоэтике в частности является для «отечественной» модели биоэтики весьма органичной. Ее центральной проблематикой как раз является в большей степени разработка нравственных норм и принципов, регламентирующих человеческое поведение в науках о жизни, человеке, живой природе (биосе). Оформление же правового статуса биоэтики находится пока еще в стадии становления. И хотя в начале XX в. А. Пуанкаре говорил о том, что любое правовое вмешательство в вопросы научного исследования будет неуместно и нелепо, к концу XX в. многие ученые уже призывали к научному трибуналу для урегулирования спорных научных вопросов, предлагали создать свод законов для научных исследований [12, 207–225].

Биоэтическое знание успешно выполняет различные функции в процессе своего функционирования, в том числе мировоззренческую, гносеологическую, методологическую, аксиологическую. Тем самым оно способствует разработке системы ценностей, целей и идеалов в

оценке состояния жизни и перспектив ее развития, нравственно-правовых норм. Повышается статус биоэтики в биомедицинских исследованиях и технологиях, современных механизмах функционирования научного знания, изучении живых систем. Тем самым актуализируется диалог и взаимообогащение естественнонаучного и гуманитарного дискурса, происходит междисциплинарный синтез и мировоззренческо-нравственное оздоровление общества.

Современная модель биоэтики и разработка программ биомедицинских исследований в Республике Беларусь адаптирована к ее научным, социокультурным и духовно-мировоззренческим традициям, системе здравоохранения и требует своего дальнейшего развития.

Национальный комитет по биоэтике в Республике Беларусь: механизмы создания, функции и задачи

Комитеты по биоэтике являются в современных условиях важнейшей структурой для соблюдения различных нормативных актов, принятых ЮНЕСКО как ведущей международной организацией в области биоэтики. ЮНЕСКО помогает государствам—членам создавать и развивать такие инфраструктуры биоэтики, как руководства, правила, программы преподавания этики, законодательство и комитеты по биоэтике. Благодаря содействию Комиссии Республики Беларусь по делам ЮНЕСКО была проведена и проводится работа по созданию и организации деятельности Комитета по биоэтике в нашей стране.

Национальный комитет по биоэтике призван способствовать и всемерно содействовать укреплению доверия, консолидации и партнерских отношений между врачами (и всеми медицинскими работниками) и пациентами, добиваться согласия путем объективного и принципиального обсуждения сложных в морально-правовом отношении ситуаций. Национальный комитет по биоэтике рассматривает все вопросы, связанные с соблюдением общих принципов гуманизма, нравственности и биомедицинской этики. Методологическими основаниями деятельности национальных комитетов выступают теоретические ориентиры — биомедицинская этика и международные документы по общественному контролю над соблюдением прав человека.

Мировая тенденция развития современного здравоохранения, биомедицинских технологий и научных исследований в настоящее время неотъемлемо связана с контролем над соблюдением этических норм и прав человека. Этот контроль осуществляется с помощью

институционально организованных социальных структур и технологий, которые вместе с системой гуманистических либеральных ценностей обеспечивают соблюдение личных прав и свобод человека в области биологии и медицины. Тем самым формируются механизмы защиты прав граждан от негативных последствий применения современных биомедицинских технологий, предусматривающие разработку этических кодексов, законов, повышение сферы ответственности профессионалов-медиков и биологов, расширение их социальных обязанностей, закрепленных не только на личном, но и правовом уровнях. Такого рода механизмы контроля над деятельностью врачей и ученых приводятся в действие благодаря образованию новых институтов в системе мирового здравоохранения — *комитетов по биоэтике*.

Комитеты по биоэтике (БЭК) — это структурные подразделения, обеспечивающие, прежде всего, регуляцию проведения независимой этической экспертизы, обязательной для всех биомедицинских исследований. Впервые они возникли в 50-х гг. XX в. в США с целью проведения официальной экспертизы исследований, финансируемых из федерального бюджета. В настоящее время, например, в США БЭК имеют *статус государственных*, а обязательной этической экспертизе подлежат не только биомедицинские, но и психологические, антропологические и др. исследования, если они проводятся на человеке или животных. В Европе БЭК чаще функционируют на *общественно-профессиональной* основе. С 1967 г. они создаются при больницах и исследовательских учреждениях Великобритании, Германии, Франции. Одна из целей и функций БЭК — контроль над соблюдением основных принципов биомедицинской этики при лечении и биомедицинских исследованиях, по мере расширения которых этическое сопровождение, осуществляемое БЭК, становится во всем мире нормой.

За последние годы создана глобальная сеть БЭК, их количество в мире ежегодно увеличивается в десятки раз. Они действуют на основе международных нормативных документов, в числе которых *Нюрнбергский кодекс (1947)*, *Хельсинкская декларация (1964)*, *Конвенция Совета Европы «О правах человека в биомедицине» (1996)* и др. Создан *Межведомственный комитет по биоэтике в ООН* при ЮНЕСКО. Аналогичные комитеты имеются *при Совете Европы и Европейском Союзе*. В январе 2005 г. в Москве, а в марте 2005 г. в Минске по инициативе ЮНЕСКО прошли семинары по биомедицинской этике, на которых обсуждался проект Декларации о всеобщих нормах биоэтики и правах человека, представленный в ООН, а также вопросы функционирования БЭК в странах СНГ. В настоящее время БЭК на национальном (государственном), региональном и локальном

уровнях активно действуют в Бельгии, США, Франции, Дании, Германии, России, Украине, Молдове, республиках Балтии и представляют свои страны в соответствующих организациях на международном уровне.

Созданию комитета по биоэтике в Республике Беларусь предшествовала фундаментальная организационная, научная и учебная деятельность в контексте национальных, социокультурных и историко-политических традиций и учета мирового опыта. Подобно Совету Дании по этике, Этическому комитету Министерства здравоохранения Чешской Республики, Национальный комитет по биоэтике в Республике Беларусь создан при Министерстве здравоохранения Республики при поддержке Национальной комиссии Беларуси по делам ЮНЕСКО.

Национальный комитет – «это комитет, созданный правительственным органом страны, в большинстве случаев либо парламентом, либо соответствующим министерством (здравоохранения, науки или юстиции)... Обычно такие комитеты обладают полнотой власти, поскольку они порождены в результате политического решения о создании национального комитета в данной стране» (*Руководство №1 по созданию комитетов по биоэтике. ЮНЕСКО, 2005. с. 13, 19–20*). Именно в этом контексте и осуществлялась работа по созданию Национального комитета по биоэтике в Республике Беларусь. По инициативе Комиссии Республики Беларусь по делам ЮНЕСКО были подготовлены *Концептуальные положения о статусе, функциях и содержании деятельности национального биоэтического комитета* с приложением материалов об опыте работы таких комитетов в международной практике. По решению *Национального собрания (парламента) Республики Беларусь* и по поручению Правительства Республики Беларусь при Министерстве здравоохранения Республики был создан Национальный комитет по биоэтике.

Комитеты по биоэтике, как указывается в *Руководстве №1 по созданию комитетов по биоэтике*, «бывают разных видов и функционируют на разных уровнях управления» [13, с. 22] – национальном, региональном, местном. Зафиксируем некоторые этапы истории создания Национального комитета по биоэтике и этических комитетов разного уровня в Республике Беларусь.

Как в целом в области здравоохранения, так и при создании локальных этических комитетов и национального комитета по биоэтике, Республика Беларусь руководствуется нормами международного права и собственным законодательством. Основные принципы биомедицинской этики, рекомендованные ВОЗ, закреплены в *Концеп-*

ции развития здравоохранения в Республике Беларусь (1995) и Законе Республики Беларусь «О здравоохранении» (1999). В 1999 г. в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Об утверждении правил проведения клинических испытаний лекарственных средств» при Министерстве здравоохранения был создан Республиканский Центр экспертиз и испытаний в здравоохранении, который разработал методические рекомендации «О порядке организации и работы комитетов по этике в Республике Беларусь».

Такие комитеты были созданы при научно-исследовательских институтах, клинических больницах, медицинских университетах и с той или иной мерой активности и эффективности сегодня функционируют: в 1998 г. создан Национальный координационный центр по безопасности при Институте генетики и цитологии НАН Беларуси, в 2000 г. – Комитет по этике в БГМУ, в 2003 г. при МГЭУ им. А.Д.Сахарова, были созданы также комитеты или комиссии по этике в клинических больницах и др. Одновременно осуществлялась организационная научная и учебная деятельность по развитию биоэтики в нашей стране: проведена Международная научная конференция «Биомедицинская этика: проблемы и перспективы» (Минск, 2000), материалы которой были изданы, в мае 2005 г. на базе Белорусского государственного медицинского университета проведена Республиканская студенческая научно-практическая конференция с изданием ее материалов. В июне 2006 г. проведен Международный семинар «Национальный комитет по биоэтике в Республике Беларусь и деятельность локальных комитетов по биоэтике: опыт Центральной и Восточной Европы» (издан сборник материалов). В 2002 г. в МГЭУ им. А.Д.Сахарова разработаны учебные программы по биомедицинской этике и введен курс «Основы биомедицинской этики» (20 часа) для студентов био- и медицинских специальностей. В 2000 г. издано учебное пособие «Биомедицинская этика» под ред. Т.В.Мишаткиной, С.Д.Денисова, Я.С.Яскевич для студентов био- и медицинских специальностей, переизданное в 2004 г. Разработана программа по биомедицинской этике для системы повышения квалификации. На базе Белорусского государственного медицинского университета Белорусской медицинской академией последипломного образования организованы курсы «Основы биомедицинской этики» (64 часа) для профессорско-преподавательского состава медицинских вузов, врачей–клиницистов и исследователей. Установлено международное научное и методическое сотрудничество с коллегами из других стран: с Украинским государственным медицинским университетом им. Богомольца, Украинской ассоциацией по биоэтике, Институтом философии

Российской академии наук и др. Результаты научной и учебно-методической работы по биоэтике, проводимой в Республике, представляются на международных конференциях и публикациях разного уровня. Фондом фундаментальных исследований НАН Беларуси утверждён проект международного сотрудничества белорусских ученых с Институтом философии РАН. Большое значение для становления биоэтического мышления в Республике Беларусь, развития биоэтики, разрешения вопросов, возникающих в связи с прогрессом в области здравоохранения, биологии, биомедицинских наук и биотехнологий имеет Форум Комитетов по этике государств – участников СНГ. Организованные в рамках Форума семинары, доклады ведущих специалистов и экспертов международного уровня (Ф.П.Кроли, Ж.-П.Тассигнон, Я.Карбванга, К.Брегмана, М.Лина, Л.Рудзе, А.Тика, Б.Г.Юдина, О.И.Кубарь, Ю.И.Кундиева, Н.А.Чашина, П.Витте, Е.Мальшевой, П.Д.Тищенко и др.), несомненно, способствовали более глубокому пониманию биоэтических проблем и дилемм, биоэтическому просвещению заинтересованных лиц.

Таким образом, усилиями ученых, управленческих структур и общественных организаций была подготовлена платформа для создания в Республике Беларусь Национального Комитета по биоэтике, подобного тем, что существуют сегодня в различных странах мира. Этот комитет может достойно представлять Беларусь на международном уровне, выступать с законодательными инициативами по защите прав человека в области биомедицины, осуществлять координацию действий локальных БЭК, вырабатывать генеральную линию биоэтического образования специалистов и населения.

При создании Национального комитета по биоэтике прежде всего были определены его статус и структура, правовые основания, функции и возможности, а также поле деятельности по сравнению с локальными биотическими комитетами, чтобы пространственно-функциональная определенность субъектов этического регулирования была стабильной и действенной.

Фактически в Республике Беларусь сегодня имеются в наличии разные виды комитетов по биоэтике (этические комитеты, комиссии по этике, ассоциации и т.п., функционирующие на разных уровнях). В соответствии с классификацией, приведенной в *Руководстве № 1 по созданию комитетов по биоэтике*, имеющиеся в Республике Беларусь комитеты условно можно классифицировать следующим образом:

Виды комитетов в Республике Беларусь	Виды комитетов, приведенных в <i>Руководстве №1 ЮНЕСКО</i>	Цели комитетов	Функции комитетов
Национальный комитет по биоэтике	Комитеты по биоэтике по разработке политики и/или рекомендаций	<ol style="list-style-type: none"> 1. Обеспечение независимой экспертизы, консультирования и принятия решений для защиты прав и достоинства участников исследования и оценки этических, правовых и социальных вопросов, связанных с биомедицинскими или другими видами исследования, предусматривающих участие человека или животных (Положение о НКБЭ РБ). 2. Подготовка рекомендаций правительствам, парламентам и правительственным органам относительно проблем биоэтики и вопросов, возникающих в связи с прогрессом в области здравоохранения, биологии, биомедицинских наук и биотехнологий (<i>Руководство № 1 по созданию комитетов по биоэтике ЮНЕСКО</i>). 3. Публикация рекомендаций по вопросам биоэтики; оказание соответствующего влияния на разработку биополитики; повышение информированности общественности (<i>Руководство № 1</i>). 4. Организация форумов для обсуждения на национальном уровне проблем биоэтики, вопросов и конкретных случаев, которые привлекают внимание общественности, на пресс-конференциях, в публикациях, телевизионных передачах, Интернете (<i>Руководство № 1</i>). 5. Осуществление разнообразных форм работы в различных областях деятельности: ле- 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Осуществление общественного контроля над соблюдением прав человека по критериям биомедицинской этики; укрепление доверия, консолидации и партнерских отношений между врачами и пациентами путем объективного и принципиального рассмотрения сложных в морально-правовом отношении ситуаций (Положение о НКБЭ РБ). 2. Осуществление фундаментальных исследований, касающихся общечеловеческой и моральной ценности достижений биологических и поведенческих наук и биотехнологий; изучение полового населения и детей, участвующих в клинических исследованиях (<i>Руководство № 1</i>). 3. Учет последствий регулирования, сокращения или ограничения биологических и поведенческих исследований участием человека (<i>Руководство № 1</i>). 4. Обслуживание нуждающегося использования биологических и биомедицинских технологий (<i>Руководство № 1</i>). 5. Обеспечение участия страны в международном сотрудничестве по вопросам биоэтики и экоэтики; помощь в со-здании, регуляции и координации де-

		<p>чебно-профилактической, научно-исследовательской, клинических испытаниях и регистрации новых лекарственных средств; учебно-образовательной;</p> <p>в области законодательства по вопросам здравоохранения и проведения биомедицинских исследований; организационного обеспечения биоэтической службы;</p> <p>решения социальных и правовых вопросов; в области природоохранительной деятельности (<i>Положение о НКБЭ</i>).</p>	<p>ятельности этических комитетов разных уровней; обучение членов этических комитетов; контроль над соблюдением рекомендаций по проведению биоэтической экспертизы; координация и мониторинг деятельности межведомственных комиссий и комитетов по биоэтике (<i>Положение о НКБЭ</i>).</p>
<p>Ассоциации профессиональных врачей (стоматологов, кардиологов и т.д.)</p>	<p>Комитеты по биоэтике ассоциаций профессиональных медиков (КБМ)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Стремление к осуществлению конкретных задач, стоящих перед ассоциацией (<i>Руководство № 1</i>). 2. Содействие образованию своих членов; стремление обезопасить общественность от случаев их недостоинного поведения (<i>Руководство № 1</i>). 3. Разработка собственного кодекса этики поведения, который использует терминологию аналогичных комплексов, учитывая при этом черты собственной организации (<i>Руководство № 1</i>). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Содействие увеличению доходов, поднятию авторитета и повышению статуса своих членов, улучшению благосостояния обслуживаемых ими пациентов; влияние на общественность для разработки политики в решении поставленных задач (<i>Руководство № 1</i>). 2. Содействие улучшению здоровья населения, профилактике несчастных случаев и болезней; разработка политики, которая может быть преобразована в национальное или региональное законодательство (<i>Руководство № 1</i>). 3. Организация мероприятий по образованию, проведение кратковременных курсов, конференций (<i>Руководство № 1</i>).
<p>Локальные комитеты по биоэтике при медицинских учреждениях, больницах, университетах, медуниверситетах</p>	<p>Комитеты по биоэтике медицинских учреждений/больниц</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Улучшение качества лечения каждого больного (в больницах, амбулаторных лечебных учреждениях) (<i>Руководство № 1</i>). 2. Отстаивание принимаемых компетентными пациентами решений (соглашаться или не соглашаться на лечение); 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Повышение уровня лечения пациента. 2. Обеспечение механизмов самообразования членов комитета. 3. Разработка не только руководящих принципов, но и рекомендаций, касающихся этической стороны руководства медицинским учреждением (<i>Руководство № 1</i>).

<p>Комитеты и центры по биоэтике исследований (Национальный координационный центр по безопасности при Институте генетики и цитологии НАН Беларуси; Республиканский Центр экспертизы и испытаний в здравоохранении; Фармакологический комитет и др.).</p>	<p>Комитеты по биоэтике исследований (КБИ)</p>	<p>обеспечение благосостояния пациентов, как компетентных, так и некомпетентных (<i>Руководство № 1</i>). 3. Защита от юридической ответственности медицинских учреждений и тех, кто в них работает (<i>Руководство № 1</i>).</p>	<p>4. Разработка программ по образованию в области биоэтики для своих членов, кандидатов в члены и добровольцев (<i>Руководство № 1</i>). 5. Рассмотрение и анализ биоэтических случаев (<i>Руководство № 1</i>). 6. Оказание консультаций по биоэтическим случаям (<i>Руководство № 1</i>).</p>
	<p>Комитеты по биоэтике исследований (КБИ)</p>	<p>1. Защита людей как участников экспериментов с целью получения общих биологических, биомедицинских, поведенческих и эпидемиологических знаний (фармацевтические препараты, вакцины и приборы) (<i>Руководство № 1</i>). 2. Оказание содействия (а) исследователям и членам КБИ; (б) лицам, проводящим биомедицинские, поведенческие и эпидемиологические исследования; (с) специалистам СМИ; (д) широкой общественности в понимании и анализе биополитики и биоэтических понятий (<i>Руководство № 1</i>).</p>	<p>1. Разработка научных и этических впросов составления протоколов. 2. В целях обеспечения безопасности и эффективности исследований, привлечение и помощь внешних консультантов (<i>Руководство № 1</i>). 3. Учет возможности потенциального конфликта в своих собственных рамках; необходимые меры по его разрешению, включая приглашение внешнего консультанта (<i>Руководство № 1</i>).</p>

Каждый из четырех видов комитетов (комиссий, ассоциаций, центров и т.д.) имеет свои цели, функции, осуществляет определенные специфические мероприятия и вместе с тем несомненно обнаруживает точки соприкосновения в решении биоэтических дилемм, возникающих в различных областях исследований и здравоохранения. Учитывая цели, задачи и функции Национального комитета по биоэтике РБ, можно заключить, что он должен играть роль объединяющего, координирующего и консультативного органа по общественному контролю над соблюдением прав человека в области биомедицинских исследований и по отношению к деятельности локальных комитетов, разрабатывая обоснованную политику проведения научных исследований в области здравоохранения, организовывая форумы для обсуждения на национальном уровне спектра проблем биоэтики и оказывая влияние на разработку законодательной политики, основ образования специалистов и общественности в области биоэтики.

Литература

1. Юдин Э.Г. Методология науки. Системность. Деятельность. М., 1997; Стёпин В.С. Теоретическое знание. Структура, историческая эволюция. М., 2000.
2. Биоэтика. Вопросы и ответы / Сост. и отв. ред.: Б.Г.Юдин, П.Д.Тищенко. М., 2000.
3. Encyclopedia of Bioethics / Ed. by W.Th. Reich. N.Y.–L., 1995. Vol. I: Basic Writing on the Key Ethical Questions That Surround the Major Modern Biological Possibilities and Problems. P. 102.
4. Encyclopedia of Association / Ed. Katherine Gruberg—Detroit, 1986; *Leavitt F.J.* An Israeli approach to cross-cultural Ethics: corrections and elucidation // *Eubios Ethics Inst. Newsletter*. 1993. Vol. 3. P. 3–7; *Vermeersch E.* Environment, Ethics, and Cultures // *Brussels C.E.J. Biosphere and Economy*. 1995. № 7. P. 1–40.
5. Биоэтика: принципы, правила, проблемы: Сб. ст. / РАН; Рос. нац. комитет по биоэтике, Ин-т человека; Отв. ред. и сост. Б.Г.Юдин. М., 1998. С. 352–354.
6. Основные показатели здоровья населения, деятельности санитарно-эпидемической службы и состояния окружающей среды: Сб. / М-во здравоохранения РБ, Респ. центр гигиены и эпидемиологии; Под ред. Л.А.Савченко. Минск, 1999.
7. Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» // *Ведомости Верховного Совета РБ*. 1993. № 24. Ст. 290.
8. Закон Республики Беларусь «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» // *Ведомости Национального Собрания РБ*. 1999. № 25. Ст. 421.

9. Развитие здравоохранения в Республике Беларусь. Б. м., 1995.
10. Национальная стратегия устойчивого социально-экономического развития Республики Беларусь на период до 2020 г. Минск, 2004.
11. Основы социальной концепции русской православной церкви: Приняты Освященным Архиерейским Собором 2000 г. Русской православной церкви. Минск, 2000.
12. *Jennings B.* Bioethics and Democracy // *Centennial Rev.* 1990. Vol. XXX IV. № 2. P. 207–225.
13. Руководство № 1 по созданию комитетов по биоэтике. ЮНЕСКО, 2005.

Соблюдение этических норм в научных исследованиях психотропных препаратов

С момента появления медицины как профессии основной обязанностью врача являются действия в интересах пациента. Растущая коммерциализация медицины привела к тому, что ценности бизнеса начали конкурировать с традиционной этикой медицинской профессии. Нарушение отдельным врачом или медицинским учреждением этических норм вредит не только лично ему и его пациентам, но и медицине как профессиональному сообществу в целом. К сожалению, существующая практика показывает, что врачи обычно стараются скрыть информацию об этических нарушениях в научных исследованиях и медицинской практике, защищая свое поведение корпоративной солидарностью и прибегая иногда к прямому обману больных. В странах СНГ до настоящего времени практика обсуждения этических аспектов научных исследований в медицине, в частности в фармакологии, остается минимальной.

Существует ряд факторов, которые влияют на отношения врача и фармацевтических фирм в процессе исследования эффективности психотропных препаратов. Одними из таких факторов являются бурный рост научных исследований в этой области, финансируемых фирмами-производителями, с одной стороны, и активное участие этих же фирм в последипломном обучении врачей – с другой.

В сложившейся системе отношений можно увидеть несколько осей взаимодействия: «фармацевтическая индустрия – врач», «фармацевтическая индустрия – органы управления здравоохранением», «врач – органы управления здравоохранением», «научный работник – фармацевтическая индустрия». Существуют различия между декларируемыми и истинными интересами каждого из участников этих

сложных взаимодействий. Декларируемые интересы фирм состоят в поддержке научных исследований и улучшении терапии пациентов. Истинные же их интересы состоят в получении прибыли за счет увеличения продаж препарата. Интересы врачей состоят в наилучшем лечении больных, но к этому следует добавить и естественную заинтересованность в получении доходов. Кроме того, практические врачи заинтересованы в повышении профессиональной репутации, а научные работники – в признании их успехов в академической среде. Таким образом, интересы сторон могут входить в противоречие друг с другом и с интересами пациентов.

Отношения между фармацевтическим фирмами, научными сотрудниками и врачами на индивидуальном и институциональном уровне в последнее время не только привлекают к себе внимание общественности, но и являются объектом научных исследований. Проблема искажения результатов в пользу определенных фирм становится все более актуальной из-за уменьшения во многих странах государственного финансирования научных исследований¹. Вместе с тем наблюдается определенная связь между источником финансирования и результатами и качеством исследования, отмечается усиление влияния фармацевтических фирм на научные публикации и последипломное обучение врачей, на практику избирательного цитирования научных публикаций в рекламе².

К научным исследованиям эффективности лекарственных препаратов предъявляется большое количество требований. Часть из них касается способов вовлечения пациентов в исследование, получения его информированного согласия, планирования дизайна исследования. Другая часть требований регламентирует содержание и форму научной публикации об исследовании. Рекомендации для исследователей, действующие в настоящее время, были выработаны с учетом требований Хельсинкской декларации; в современной редакции³ эти требования гласят:

биомедицинские исследования с участием людей должны соответствовать общепринятым научным принципам и основываться на адекватно проведенных лабораторных исследованиях, экспериментах на животных, а также на достаточном знании литературы;

биомедицинские исследования с участием людей в качестве субъектов не могут проводиться на законных основаниях, если риск для субъекта исследований непропорционально велик по сравнению с важностью целей исследования;

при любых исследованиях с участием людей в качестве субъектов каждый потенциальный участник должен быть соответствующим образом информирован о целях, методах, ожидаемой пользе иссле-

дования и сопряженных с участием в исследовании рисках и неудобствах. Участники должны быть информированы о том, что они имеют право воздержаться от участия в исследовании и что они могут в любое время после его начала аннулировать свое согласие и отказаться от продолжения исследования... врач должен получить от субъекта добровольно данное информированное согласие, желательно в письменном виде;

в случае недееспособности по возрасту, психическому или физическому состоянию информированное согласие можно получить у законного представителя субъекта в соответствии с национальным законодательством.

Хельсинкская декларация не является документом прямого действия, поэтому в большинстве стран существуют национальные документы, регламентирующие правила проведения клинических испытаний лекарственных средств: Good Clinical Practice – «Правила надлежащей клинической практики». В Беларуси они утверждены приказом Министерства здравоохранения РБ от 13.08.1999, № 254; приняты и являются обязательными для исполнения соответствующие Правила и в России⁴. Методика организации клинических исследований лекарственных средств в соответствии с этими правилами подробно описана в ряде монографий⁵.

Группой редакторов зарубежных медицинских журналов разработаны Правила CONSORT⁶, которые регламентируют требования к публикациям, посвященным рандомизированным контролируемым исследованиям. В русскоязычной научной прессе уже были опубликованы работы, которые анализируют в этом ключе некоторые журнальные статьи, касающиеся оригинальных исследований. Эти публикации подвергают критическому рассмотрению характер применения статистических методов⁷, а также касаются публикаций научных исследований, выполненных в России и найденных в системе Pubmed⁸. Результаты этого анализа неутешительны, т.к. значительная часть публикаций не соответствует даже минимальным критериям, предъявляемым к научным исследованиям.

Мы провели собственный анализ публикаций об исследованиях эффективности лекарственных препаратов при психических расстройствах из «Журнала неврологии и психиатрии им. Корсакова» за 2004 г., учитывая, что именно этот журнал наиболее доступен для широкой аудитории психиатров стран СНГ. Предметом анализа послужило соответствие исследований нормам биомедицинской этики.

Чтобы исследование лекарственного препарата на людях отвечало этическим нормам, оно должно соответствовать определенным требованиям. Одно из них состоит в *научной корректности организации исследования*. При некорректной организации исследования воз-

никают, по меньшей мере, два негативных следствия. Первое заключается в том, что его результаты невозможно использовать в практической деятельности, они не имеют практической ценности, а использование ошибочных результатов может повлечь за собой ухудшение здоровья пациентов или их дополнительные расходы. Второе следствие состоит в том, что пациенты, участвовавшие в исследовании, подвергались неоправданному риску. Таким образом, исследование, выполненное некорректно, само по себе неэтично – вне зависимости от того, соблюдены ли другие формальные требования.

В результате анализа⁹ были обнаружены следующие факты, прямо или косвенно свидетельствующие об этических нарушениях при проведении исследований или в процессе подготовки научных публикаций.

1. Использование в заголовке статьи фирменного названия препарата вместо международного непатентованного. Общепринятой практикой англоязычных журналов является указание международного непатентованного названия препарата в заголовке и реферате статьи, а фирменного названия – в разделе «Методы исследования».

2. Результат исследования во всех случаях положительный с рекомендацией использования испытываемого препарата в клинической практике. Следует отметить, что вообще большинство публикаций в русскоязычной медицинской прессе сообщают только о положительных эффектах лекарственных препаратов и очень редко – о негативных результатах исследования и побочных эффектах лекарственных препаратов.

3. Отсутствие контрольной группы в 14 исследованиях из 20, что делает все оценки эффективности лекарственного препарата некорректными, а само исследование в большинстве случаев – бессмысленным. Существуют ситуации, в которых исследование действия лекарства в одной группе пациентов, без контрольной группы, считается допустимым. Это редкие заболевания, или исследования на больших группах пациентов, или исследования для выявления побочных действий лекарств. В описанных исследованиях мы не встретили ни одной из этих ситуаций.

4. Наличие коинтервенции (назначения нескольких вмешательств группе больных, при котором невозможно дифференцировать, какое именно из них оказало положительный эффект), что делает невозможной оценку действия препарата.

5. Использование неясных диагностических рамок, которые не соответствуют Международной классификации болезней, при наборе больных в исследование: психоорганический синдром, тревожно-депрессивное состояние, возрастное ухудшение памяти, дисциркуляторная энцефалопатия, хроническая ишемия головного мозга и др.

6. Использование суррогатных критериев успеха лечения, мало пригодных для перенесения результатов исследования в практику.

Таким образом, все исследования, проанализированные автором, свидетельствуют об их некорректности с этической точки зрения.

Мы не подвергали специальному анализу обзорные статьи данного журнала. Однако нельзя не упомянуть об интересных особенностях некоторых из них. Так, в одной из статей под названием «Фармакологическое лечение заболевания N» 90% текста статьи было посвящено одному препарату F, хотя существует еще 6 препаратов с эквивалентной эффективностью при данном заболевании.

Еще одна особенность медицинских журналов на постсоветском пространстве – это публикация дублирующих исследований. Такие исследования практически полностью копируют уже ранее проведенные испытания лекарственного препарата. Естественно, что результат такого исследования можно предсказать заранее. В этом случае нарушаются права пациентов на наилучшее лечение, т.к. часть из них получает заведомо менее эффективный препарат или плацебо.

Возможны две основные причины появления некорректно организованных исследований. Первая состоит в том, что многие врачи не являются квалифицированными научными исследователями. По сравнению с другими профессиями (психология, социология) в медицинских учебных учреждениях до недавнего времени не уделялось достаточного внимания методологии научных исследований. Вторая причина – это прямая или косвенная заинтересованность авторов во вполне определенном результате. Она может быть проявлением финансового влияния фармацевтических фирм на авторов исследования либо следствием неуместного тщеславия ученых.

Возникает закономерный вопрос: каким образом исследования, где нарушаются этические нормы, проходят незамеченными для этических комитетов? К сожалению, по существующей сегодня в Беларуси и России практике разрешение на исследование, которое выдают уполномоченные организации, необходимо только в том случае, если препарат не зарегистрирован в стране. Если он зарегистрирован, то врач-исследователь имеет право применять его, не получая на это разрешения, и поэтому такие исследования ускользают из-под контроля этического комитета.

Во всех этих случаях этические нарушения приводят к тому, что медицинские журналы превращаются из витрины научных достижений и источника новых знаний для специалистов в маркетинговый отдел фармацевтических компаний. Для предотвращения такого рода действий в англоязычных медицинских журналах сущест-

вует правило декларации интересов. Это означает, что в статье указывается не только источник финансирования исследования (грант от государственной организации, фармацевтическая фирма и т.д.), но и то, получали ли авторы гонорары за свою деятельность (даже прямо не связанную со статьей) от фармацевтических фирм. К сожалению, в русскоязычных медицинских журналах такая декларация является крайней редкостью.

Еще одним примером неблагоприятного и неэтичного влияния фармацевтических фирм на научные исследования является публикационная ошибка (publication bias)¹⁰. Этим термином обозначается недостаточная частота публикаций исследований, где показывалась бы неэффективность метода лечения или его побочные действия. Это ведет к неправильной оценке врачами реальной пользы и вреда методов лечения. Для исследователей это означает невозможность адекватной оценки пользы и риска в последующих клинических исследованиях препарата и неправильное информирование участников исследований в отношении уже известных рисков. Отказ от публикации негативных результатов исследования является нарушением § 27 Хельсинкской декларации, который гласит: «Отрицательные, так же как и положительные результаты исследований, должны быть опубликованы». В русскоязычных психиатрических журналах практически отсутствуют публикации о неэффективности лекарственных средств или об их побочных явлениях.

Упомянутые выше особенности научных публикаций не являются прерогативой только психиатрии. Они наблюдаются, к сожалению, в медицинских журналах самых различных специальностей. Массовость этого явления, участие авторитетных специалистов в такого рода деятельности приводят к тому, что в сознании медицинской общественности происходит размывание границ между интересами науки и бизнеса. Ситуацию усугубляет отсутствие определенных правил для институциональных отношений в медицинской науке. Для защиты этических принципов медицинской науки были изданы рекомендации, которые регламентируют этический аспект проведения научных исследований¹¹. Рекомендации были изданы и психиатрическими ассоциациями – Всемирной психиатрической ассоциацией, Королевской коллегией психиатров, Всемирной федерацией обществ биологической психиатрии. Целью издания таких рекомендаций является защита идентичности профессии психиатра и охрана взаимоотношений «врач–пациент».

По нашему мнению, для преодоления существующей практики неэтичного поведения исследователей необходимы следующие меры:

открытая дискуссия о научных исследованиях, публикуемых в медицинских журналах;

экспертиза всех исследований с применением лекарственных препаратов в этических комитетах;

обязательное следование правилу декларации интересов;

применение санкций за неэтичное поведение в форме публикации фамилий ученых, допустивших этические нарушения.

В последнее время наблюдается снижение авторитета медицины как института в целом и медицинской науки среди общественности. Анализ этого явления выходит за рамки настоящей статьи. Многие причины такой тенденции находятся вне сферы научной деятельности, и ученые не могут на них повлиять. Однако свой вклад в недоверие к научным исследованиям вносит и неэтичное поведение самих ученых. Этическая регуляция исследований должна, по нашему мнению, находиться в центре внимания научного сообщества, т.к. от нее зависит очень многое в будущем науке.

Примечания

- ¹ Korn D. Scientific misconduct: the state's role has limits // *Nature*. 2002; 420: 739.
- ² См. в «Международном журнале медицинской практики» (2005. № 2) статьи: *Власов В.В.* *Vioxx* и далее (с. 4–6); Регистрация клинических испытаний – добровольная или обязательная (с. 56–58); *Стороженко О.Н.* Ингибиторы ЦОГ-2: Истинное преимущество или активная реклама (с. 25–9); а также: *Bhandari M., Busse J.W., Jackowski D., Montori V.M., SchJанemann H., Sprague S., Mears D., Schemitsch E.H., Heels-Ansdell D., Devereaux P.J.* Association between industry funding and statistically significant pro-industry findings in medical and surgical randomized trials // *CMAJ*. • FEB. 17. 2004. 170 (4) 477–480; *Cooper L.R., Schriger D.L.* The availability of references and the sponsorship of original research cited in pharmaceutical advertisements // *CMAJ* • FEB. 15. 2005. 172 (4). 487–491; *Smith R.* (2005) Medical journals are an extension of the marketing arm of pharmaceutical companies. *PLoS Med* 2(5): e138.
- ³ См.: Врачи, пациенты, общество. Права человека и профессиональная ответственность врача в документах международных организаций. Киев, 1999; *Кэмбелл А., Джиллетт Г., Джонс Г.* Медицинская этика / Под ред. Ю.М.Лопухина, Б.Г.Юдина. М., 2004.
- ⁴ Правила клинической практики в Российской Федерации. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 266 от 19.06.2003.
- ⁵ *Власов В.В.* Введение в доказательную медицину. М., 2001.; Путеводитель читателя медицинской литературы. М., 2003; *Флетчер Р. Флетчер С. Вагнер Э.* Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. М., 1998.
- ⁶ *Begg C., Cho M., Eastwood S., et al.* Improving the quality of reporting of randomized controlled trials. The CONSORT statement. *JAMA*. 1996; 276:637.9.
- ⁷ *Зорин Н.А., Калинин В.В., Немцов А.А.* Методика оценки качества исследовательских публикаций в психиатрии // *Журн. неврологии и психиатрии*. 2001. № 2. С. 62, 67; *Зорин Н.А., Немцов А.А.* Формализованная экспертная оценка качества исследова-

- довательских публикаций в психиатрии // Там же. 2001. № 3. С. 64, 68; *Леонов В.П., Реброва О. Ю., Ижевский П.В., Солнцев В.Н., Дромашко С.Е., Полтавец В.И.* В новый век — с доказательной биомедициной // Поиск. 199. № 20 (522). 21 мая.
- 8 *Бащинский С.* Качество российских научных публикаций, посвященных лечебным и профилактическим вмешательствам // Междунар. журн. мед. практики. 2005. № 1. С. 32–35.
- 9 Результаты анализа публикаций в «Журнале неврологии и психиатрии им. Корсакова» изложены в таблицах, которые можно получить от автора по адресу aizberg_oleg@hotmail.com
- 10 *Smith R.* (2005) Medical journals are an extension of the marketing arm of pharmaceutical companies. PLoS Med 2(5): e138.
- 11 Так, американская ассоциация медицинских колледжей издала «Guidelines for Dealing with Faculty Conflicts of Commitment and Conflicts of Interest in Research» (1990), медицинский факультет Гарвардского университета — «Faculty Policies on Integrity in Science» (1996, 2000), Американская ассоциация генной терапии — «Financial Conflicts of Interest in Clinical Research» (2000), Национальный институт здравоохранения — «Conflicts of Interest: An Overview for Administrators» (2002) Медицинский факультет Венского университета — Good Scientific Practice. Были разработаны правила научного публицирования для фармацевтических компаний — Good Publications Practice. См. об этом: *Wager E., Field E.A., Grossman L.* Good publication practice for pharmaceutical companies Current medical research and opinion. 2003. Vol. 19. № 3. P. 149–154.

ПРОБЛЕМЫ ГЕНЕТИКИ

В.Л. Ижевская

Этические и правовые аспекты генетического тестирования и скрининга

Сегодня разработан широкий спектр генетических тестов, и возможность генетического тестирования вносит радикальные изменения в подходы к диагностике, профилактике и лечению многих заболеваний человека. Вместе с тем медицинское применение генетического тестирования поднимает ряд этических, правовых и социальных вопросов, которые требуют рассмотрения и выработки подходов к их решению, чтобы получить максимальную отдачу от новых методов в здравоохранении [18]. В документах Независимой экспертной группы Европейской комиссии ЕС и других международных организаций используется широкое определение понятия «генетическое тестирование». Под ним понимается «любой тест, выявляющий генетические данные (генетическую информацию)» [1, 12].

Генетическая информация (ГИ) – данные «о наследуемых характеристиках отдельных лиц, полученные путем анализа нуклеиновых кислот или иного научного анализа» [16], являющиеся частью спектра информации о здоровье. Однако в настоящее время в обществе имеется представление, что ГИ отличается от любой другой медицинской информации. Такое представление обязано своим существованием нескольким факторам. К ним относятся исторические причины (евгеника), использование генетических тестов преимущественно с целью диагностики и профилактики редких моногенных заболеваний, что позволяет выявить особо конфиденциальные сведения о родственниках пациента, отсутствие методов лечения большинства этих заболеваний, потенциальная возможность утраты контроля над образцами биологического материала и др. [16].

Этические проблемы, которые возникают при использовании генетических тестов, главным образом касаются вопросов использования личной ГИ, имеющей большое психологическое и социальное значение [9, 17].

Генетические данные имеют особый статус по следующим причинам.

Они позволяют с довольно высокой вероятностью предсказать будущее состояние здоровья человека, здорового на момент обследования, и поэтому могут быть использованы для ущемления его прав и в качестве оснований для дискриминации при использовании третьими сторонами;

они могут оказывать на протяжении нескольких поколений значительное воздействие на семью, включая потомков обследуемого, а в некоторых случаях — на целую группу, к которой относится соответствующее лицо;

они могут выявить информацию, о значении которой может быть неизвестно во время сбора биологических образцов [16].

Документы, посвященные этическим и правовым аспектам генетического тестирования и скрининга

При получении и использовании ГИ возникает опасность нарушить ряд прав пациента — в первую очередь знать или не знать информацию о себе — на самостоятельное решение относительно своего здоровья и репродукции, на конфиденциальность, а также право родственников пациента на ГИ для принятия собственного решения о необходимости тестирования.

Проблемы защиты прав человека при использовании современных генетических технологий широко обсуждались различными международными организациями (ООН, ЮНЕСКО, Совет Европы и его комиссии, ВОЗ, ВМА, HUGO, Европейское общество генетики человека, Форум комитетов по этике государств-участников СНГ и др.). Результатом этих обсуждений стал целый ряд документов, положения которых использованы в законодательствах многих стран. Среди них следует в первую очередь упомянуть Всеобщую декларацию о геноме человека и о правах человека (ЮНЕСКО, 1997 г., одобрена Генеральной Ассамблеей ООН в 1998 г.) [15], Конвенцию Совета Европы о защите прав и достоинства человека в связи с приложениями биологии и медицины, Конвенцию о правах человека и биомедицине (1996 г.) [10], Рекомендованное международное руководство по этическим проблемам медицинской генетики и генетической службы

(ВОЗ, 1997 г.) [14], Хельсинкскую декларацию Всемирной медицинской ассоциации «Этические принципы медицинских исследований на человеке» [19], Рекомендации Комитета общественной и профессиональной политики Европейского общества генетики человека по программам массового скрининга, хранению данных и ДНК-банках для медицинских исследований, обеспечению генетической службой [5, 6]. Последними международными документами в этой области стали Международная декларация о генетических данных человека (Международный биоэтический комитет ЮНЕСКО, 2003) [16], Дополнительный протокол к Конвенции Совета Европы о биомедицине и правах человека [11], проект рекомендаций «Об этико-правовой защите и безопасности генетических медицинских исследований в государствах-участниках СНГ» (Постоянная комиссия межпарламентской ассамблеи СНГ по науке и образованию, 2006) [13]. Основной целью этих документов является выработка общих подходов, позволяющих, с одной стороны, защитить права человека, с другой стороны, — наиболее эффективно использовать достижения современной науки в здравоохранении. Общественные дискуссии и разработанные международные документы (имеющие как рекомендательный так и в ряде случаев юридически обязывающий характер) формируют национальные законодательные и этические подходы к решению этих проблем.

Формирование законодательной базы в области медицинской генетики в России, адекватной современному уровню развития этой отрасли знания, в настоящий момент только начинается. Юридическое регулирование осуществляется общим и специальным законодательством и подзаконными актами [3]. В частности, многие вопросы, касающиеся соблюдения прав пациентов, регламентируются положениями Конституции РФ, соответствующими статьями конституций и уставов субъектов РФ, Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан, положениями Уголовного, Гражданского, Семейного и некоторых других кодексов РФ, Федеральным законом РФ «Об информации, информатизации и защите информации» и др.

Основные положения в области защиты прав человека определены Конституцией Российской Федерации [2], в которой гарантируются:

право на охрану здоровья и медицинскую помощь (ст. 41),
добровольность участия в медицинских, научных и иных опытах (ст. 21),

неприкосновенность частной жизни, личная и семейная тайна (ст. 23),

недопущение сбора, хранения, использования и распространения информации о частной жизни без согласия человека (ст. 24). Реализация генетического тестирования в контексте охраны здоровья человека требует соответствующих процедур для получения информированного согласия, равноправного доступа к тестированию и соответствующим консультациям, а также конфиденциальности и защиты частной информации. Соблюдение этих требований гарантирует, что генетическое тестирование даст новые возможности для индивидуального выбора.

Этические проблемы генетического тестирования

Генетические данные человека могут собираться, обрабатываться, использоваться и храниться в следующих целях [16]:

для диагностики и оказания медико-санитарной помощи, включая проведение обследований и прогностическое тестирование;

для проведения медицинских, эпидемиологических и других научных исследований, генетических исследований популяций, а также антропологических и археологических исследований;

судебной медицины и судопроизводства по гражданским, уголовным и иным делам;

в любых других целях, не противоречащих Всеобщей декларации о геноме человека и правах человека и международному праву в области прав человека.

В настоящее время странам – членам Совета Европы, которым является и Россия, рекомендуется считать, что обоснованное медицинскими показаниями генетическое тестирование должно быть неотъемлемой частью спектра медицинских услуг для населения. Оно не должно навязываться, но должно быть вопросом свободного личного выбора. Полная информация о доступных генетических тестах должна свободно распространяться широким кругом известных и надежных источников, включая органы государственной власти, врачей и общественные группы пациентов. При этом национальным системам здравоохранения необходимо обеспечить равную доступность генетического тестирования всем, кто в нем нуждается [1, 14, 17].

Основным обоснованием применения генетических тестов в практике здравоохранения является их медицинская польза для пациента. В связи с этим возникают этические проблемы при использовании генетических тестов на наследственные заболевания с поздним возрастом начала, для которых нет эффективных методов лече-

ния (особенно при тестировании детей и подростков) и на генетическую предрасположенность к широко распространенным заболеваниям [14, 17].

Досимптоматическое тестирование на заболевания с поздним возрастом начала должно быть доступно взрослым с высоким риском, которые хотят этого, даже в отсутствие лечения, после соответствующего консультирования и получения информированного согласия.

При досимптоматическом тестировании взрослых на некурабельные заболевания должны соблюдаться следующие условия [14]:

полученная информация будет использована для предупреждения вреда самому тестируемому, его семье, будущим детям и др.;

пациент полностью информирован об ограничениях теста, включая возможность неинформативных результатов и невозможность предсказать возраст начала и тяжесть симптомов;

пациент способен воспринять информацию и дать на ее основе согласие;

имеется программа консультирования и психологической поддержки лиц, прошедших тестирование.

Генетическое тестирование несовершеннолетних или недееспособных для целей диагностики или оказания медицинской помощи признается этически приемлемым, только если очевидна медицинская польза непосредственно для обследуемых. При отсутствии медицинской пользы для детей и подростков (отсутствие методов профилактики и лечения) досимптоматическое тестирование рекомендуется отложить до совершеннолетия, когда молодой человек может принять собственное решение. При необходимости провести тестирование детей для принятия репродуктивного решения другим членом семьи результаты теста ребенка рекомендуется использовать врачом для расчетов риска для родственников, но не сообщать их семье. Сообщение результатов также рекомендуется отложить до совершеннолетия ребенка, если он захочет воспользоваться этой информацией [1, 14].

Основное назначение **генетического тестирования при широко распространенных заболеваниях** — оценка риска развития заболевания и определение индивидуальных мер для его предупреждения у лиц с высоким риском. Основные ограничения применения имеющихся тестов в настоящее время связаны с недостаточностью знаний о числе вовлеченных в процесс генов, тем, как они комбинируются, взаимодействуют между собой и какую роль оказывают на их проявление факторы внешней среды. Дальнейшее изучение генов предрасположенности имеет несомненное научное значение, однако большинство исследователей склоняются к мысли, что пока эти тесты не дают достаточно информации для практической медицины.

В соответствии с рекомендациями Комитета общественной и профессиональной политики Европейского общества генетики человека принято, что тестирование на предрасположенность к широко распространенным болезням (анализ генов с низкой пенетрантностью), по-видимому, в настоящее время не имеет большой клинической ценности [5].

Тем не менее ВОЗ допускает проведение тестирования генетической предрасположенности, если соблюдаются следующие условия [14]:

тестирование генетической предрасположенности у лиц с семейным накоплением сердечно-сосудистых, онкологических и др. частых болезней может проводиться лишь при условии, что полученная информация **может быть эффективно использована** для профилактики или лечения;

тестированию на предрасположенность должна предшествовать адекватная информация с разъяснением всех возможностей и ограничений теста, оно должно быть добровольными и основанным на информированном согласии.

Работодатели, страховые компании, школы, правительственные учреждения и др. третьи стороны не должны иметь доступа к результатам генетических тестов.

Право на информацию

Международными документами и действующим российским законодательством признаются как право знать медицинскую и генетическую информацию о себе, так и право ее не знать. В ст. 31 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан эти права формулируются следующим образом. «Каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья. Информация о состоянии здоровья гражданина предоставляется ему, а в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, – их законным представителям. Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена гражданину против его воли» [4]. Реализация права пациента на информацию в контексте возможностей генетического тестирования является гарантией его свободного выбора методов обследования и репродуктивных планов.

Для реализации этого права генетическое тестирование должно сопровождаться предоставлением ключевой информации и, если необходимо, индивидуальных специализированных медико-генетиче-

ских консультаций (в случаях, когда речь идет о высокой прогностической значимости тестов в отношении серьезных генетических заболеваний, такие консультации должны быть обязательным) [1, 5, 14].

Информированное согласие

В соответствии с документами международных организаций, посвященными генетическому тестированию и использованию генетических данных, для сбора генетических и протеомных данных человека или биологических образцов с помощью инвазивных или неинвазивных процедур необходимо предварительное, свободное, информированное и ясно выраженное согласие без какого-либо побуждения в виде финансовых или других личных выгод [16]. Получение такого согласия является одним из механизмов защиты прав человека при генетическом тестировании. Информированное добровольное согласие гражданина является необходимым предварительным условием медицинского вмешательства и в соответствии со ст. 32 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан [4].

Информированное согласие (ИС) — процесс добровольного подтверждения пациентом его согласия участвовать в том или ином исследовании после того, как он был ознакомлен со всеми его аспектами. ИС документируется с помощью подписанной и датированной формы [9].

Форма ИС в клинической практике должна включать объяснение пациентам следующих основных элементов:

- целей тестирования;

- точности теста (возможности ложноположительных/ложноотрицательных результатов);

- характера информации, которая им будет предоставлена, и в какой момент исследований они получают эту информацию;

- возможности получения информации о себе или членах семьи, которую они не хотели бы знать или знать которую им может оказаться неудобно;

- вероятности того, что информация о них может стать известной другим членам их семьи;

- возможности того, что информация, которую они узнают или которая станет известной в результате исследования, может негативно сказаться на их дальнейшей жизни;

- гарантий сохранения конфиденциальности (могут или не могут быть предоставлены);

- применимости тестирования для пациента и его семьи;

наличия других возможностей обследования и альтернатив для пациента;

какие права у них сохраняются и от каких прав им придется отказаться, например от контроля над распоряжением тканями, донорами которых они станут (абортивный материал, кровь);

потенциальных пользе и рисках теста, включая социальные и психологические;

что, независимо от принятого решения, в медицинской помощи семье не будет отказано;

о любых затратах, связанных с обследованием;

о возможности получить дополнительную информацию с указанием координат для связи с врачом.

В исследовательской работе ИС дополнительно должно включать объяснение:

экспериментальной природы и целей исследования;

почему этот человек приглашен принять участие в исследовании и что его участие добровольное;

процедуры исследования;

дискомфорта и рисков (если они есть) для индивида и семьи;

возможности неожиданных находок в процессе исследования;

возможной пользы для других людей и для науки;

права индивида отказаться от исследования в любое время;

права решить быть или не быть проинформированным о результатах исследования;

с кем контактировать по вопросам исследования или при осложнениях в результате исследования.

«Процесс получения ИС больше, чем просто подписание формы. Это информационный обмен, который включает в себя материалы, использовавшиеся для привлечения пациентов к участию в исследовании, документы, устные инструкции, вопросы и ответы, а также меры, помогающие пациенту лучше понять происходящее» (Food and Drug Administration, 1995 г., цит. по [9]). Информация должна излагаться ясным языком, учитывающим возраст, образование, физические и умственные способности пациента. Необходимо, чтобы врач или исследователь в процессе получения ИС оценил, насколько понял информацию пациент (в том числе с помощью устных или письменных контрольных вопросов) и принял все необходимые меры для гарантированного полного понимания рисков и выгод, связанных с исследованием.

Пациент должен принять решение только сам, на основании информации, содержащейся в форме ИС, и сведений, полученных от врача. Он должен иметь достаточно времени для обдумывания и

принятия решения, в связи с чем информацию для пациента в письменном виде и форму ИС он может забрать домой для обсуждения с родственниками, лечащим врачом, юристом и т.д. Пациент должен не только подписать, но и собственноручно датировать два экземпляра формы ИС, форму ИС подписывает и датирует также врач или исследователь, который проводил беседу с пациентом. Один экземпляр формы ИС хранится в медицинских документах или материалах исследования, второй выдается пациенту на руки. В исходных медицинских документах необходимо сделать запись о получении ИС с указанием даты и имени лица, проводившего беседу. Если форма ИС была подписана в тот день, когда пациенту начали проводить какие-либо исследования, подписание должно произойти ранее начала любой процедуры. Если в ходе исследования была принята, одобрена этическим комитетом и подписана пациентом новая форма ИС, и в исследовательском центре, и на руках у пациента остаются два варианта ИС – старый и новый [9].

В случаях, когда генетические данные человека собираются и используются в медицинских и научных целях, человек может отозвать свое согласие, и это не должно повлечь за собой неблагоприятных последствий или наказаний. Когда человек отзывает согласие, его генетические данные и биологические образцы не должны далее использоваться [16].

Защита конфиденциальности

Озабоченность общества в отношении генетического тестирования в некоторой степени основана на опасениях, что могут иметь место злоупотребления генетическими данными и что к таким данным могут получить доступ неуполномоченные лица. Конфиденциальность всех личных медицинских данных, включая данные, полученные в результате генетического тестирования, относится к фундаментальным правам человека. Право индивида определять границы личной конфиденциальности включает как доступ к личной информации и данным, так и доступ к образцам тканей как носителям генетической информации [3]. Предоставление юридической защиты в этой области является фактором исключительной важности.

Конфиденциальность информации, полученной от пациента в ходе генетических обследований и медико-генетического консультирования, а также результатов генетической диагностики обеспечивается, прежде всего, за счет предусмотренного Основами законодатель-

ства об охране здоровья института врачебной тайны [4], а также института личной и семейной тайны, предусмотренного ст. 23 Конституции РФ [2].

В ст. 61 Основ законодательства об охране здоровья указывается, что гражданину гарантируется конфиденциальность информации о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе заболевания и данных, полученных в ходе его обследования и лечения. Эти сведения могут быть предоставлены другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, публикации в научной литературе, использования в учебном процессе **только с согласия пациента или его законного представителя.**

За разглашение врачебной тайны установлена дисциплинарная, административная и уголовная ответственность. Гарантия конфиденциальности сведений, составляющих врачебную тайну, столь серьезна, что упомянута в Указе Президента РФ от 6.03.1997 № 188 «Об утверждении перечня сведений конфиденциального характера» первой среди сведений, связанных с профессиональной деятельностью [4].

Серьезные этические споры вызывает проблема распоряжения информацией о генетическом статусе пациента в ситуации, когда в ней могут быть заинтересованы члены его семьи или будущий супруг. В действующем законодательстве не учитывается заинтересованность в ГИ кровных родственников больного, тоже являющихся ее «собственниками», не регламентируются действия врача в случаях конфликта интересов пациента и его родственников [17]. Ситуация с информированием других родственников пациента, участвующего в генетическом обследовании, регулируется Основами законодательства в общем порядке, который запрещает передачу родственникам пациента информации о диагнозе без его согласия [4].

Предоставление информации будущему супругу четко урегулировано Семейным кодексом РФ. Ст. 15 этого закона предусматривает исключительно добровольный характер консультирования по медико-генетическим вопросам лиц, вступающих в брак и указывается, что результаты обследования составляют медицинскую тайну и только с согласия обследованного могут быть сообщены его будущему супругу [7].

Нужно признать, что рассматриваемый вопрос является одним из наиболее острых и, в то же время, наиболее характерных для использования генетических технологий. Сам факт обращения за медико-генетической консультацией одного из членов семьи затрагивает интересы других ее членов. Полученная в результате генетичес-

кого тестирования информация об отдельных людях зачастую имеет большое значение для их кровных родственников, т.к. и у них может быть тот же патологический ген и такая информация важна для них, чтобы они приняли собственное решение о необходимости пройти тестирование или изменить репродуктивные планы. С другой стороны, обнаружение у обследуемого мутации, которая с большой вероятностью может присутствовать у его кровных родственников, фактически влечет установление их генетического статуса без их согласия [17,18].

В этой связи в процессе медико-генетического консультирования нередко возникает этическая дилемма: необходимость сохранить конфиденциальность пациента вступает в противоречие с долгом предотвратить серьезный вред для его родственников. Совершенно необходимым поэтому представляется утверждение специального правового статуса информации, получаемой в ходе генетического обследования и обеспечения особого режима ее использования для блага и интересов не только обследованного, но и всех членов его семьи. Врач должен сказать пациенту о его долге сообщить необходимую ГИ родственникам, имеющим риск развития заболевания или передачи потомкам патологического гена или супругу при планировании деторождения. В случае стойкого отказа пациента предоставлять такую информацию членам семьи, потенциально подверженным опасности заболевания, по мнению многих экспертов, по крайней мере в некоторых случаях, врачи, оказывающие медицинскую помощь, также должны иметь право на разглашение сведений без согласия пациента, если это является необходимым [17]. Требуется разработка официальной процедуры оценки случаев, когда необходимо нарушить конфиденциальность пациента без его согласия для оповещения членов его семьи, потенциально подверженных опасности заболевания и в некоторых странах такая процедура уже принята.

Очевидно, что правовых норм перечисленных документов недостаточно для обеспечения надлежащего порядка использования и сохранения личной генетической информации. Источником информации о генетическом статусе могут быть персонифицированные регистры семей с детьми, страдающими врожденными и наследственными заболеваниями и пороками развития.

Еще одним источником информации о генетических свойствах гражданина, нуждающимся в специальной защите от несанкционированного доступа и злоупотреблений, могут стать данные, полученные в ходе проведения судебно-медицинских молекулярно-генети-

ческих исследований. Существенными для решения названных проблем являются положения Федерального закона РФ «Об информации, информатизации и защите информации» от 20.02.1995 № 24-ФЗ [8], предусматривающие конфиденциальность персональных данных, а также положение о том, что режим защиты и перечни персональных данных (к которым может быть отнесена и информация о генетическом статусе), включаемых в состав различных информационных ресурсов, должны быть закреплены на уровне федерального закона.

Генетическое тестирование в научных исследованиях

Большая часть исследований в области генетического тестирования проводится с использованием образцов тканей, полученных у человека, генеалогических, популяционных, медицинских и персональных данных, а также на основе обмена ими между различными лабораториями. Это, в той или иной степени, дает возможность идентифицировать лиц, являющихся источником образцов и данных и ставит проблему общественного доверия деятельности «биологических банков». В особенности это касается ИС, хранения образцов, защиты данных и степени анонимности образцов, сообщения результатов исследования (или индивидуальных тестов). Это потребовало разработки согласованных подходов и выработки нормативов для обеспечения контроля качества коллекций и этичного управления такими хранилищами [1, 6, 16]. Одним из последних документов в этой области является Международная декларация о генетических данных человека, которая определяет процедуры сбора, обработки, использования и хранения генетических и протеомных данных и биологических образцов в медицинских, научных, судебно-медицинских и др. целях [16]. Особое внимание уделяется ИС человека на включение образцов в коллекцию. По мнению экспертной группы Европейской комиссии, согласие индивидуумов или групп лиц на включение их образцов в новые коллекции должно отличаться от согласия на включение образцов в существующие коллекции, в которых контакт с донором-источником мог не поддерживаться годами. Общее правило предусматривает получение ясного и точного письменного согласия, но оно не всегда выполнимо, поскольку на момент отбора образца нельзя предусмотреть способ его будущего использования или использования связанных с ним данных [12].

Биологические образцы, а также связанная с ними или полученная на их основе генетическая или медицинская информация любого рода и любого происхождения не могут собираться, храниться или использоваться без ИС, полученного на основе адекватной процедуры, включая надлежащее одобрение соответствующих контрольных органов, независимо от цели сбора данных и уровня анонимности. Образцы для изучения генетического разнообразия населения должны собираться только в соответствии с местными и национальными традициями и нормами закона. Источники образцов и индивидуальных данных, а также соответствующие соглашения об использовании последних должны документироваться во всех протоколах и публикациях. Используемый процесс и процедуры ИС должны быть полностью прозрачны в отношении планируемого исследования, включая правила предоставления результатов теста отдельным лицам и населению, а также в отношении использования образцов и прав донора-источника образцов. Необходимо проводить дальнейшее изучение точек зрения пациентов и их организаций, а также проводить общественные дебаты, особенно по вопросам, касающимся ИС [1].

В отношении генетических образцов и данных от умерших эксперты полагают, что в случае первостепенной заинтересованности со стороны одного или нескольких кровных родственников, даже в отсутствие согласия, данного перед смертью, использование таких образцов может быть законным. Отсутствие согласия не может рассматриваться как несогласие. Более того, следует разрешить анонимное использование таких образцов для исследований, разработки генетических тестов и в учебных целях [1, 16]. Использование образцов полученных от несовершеннолетних или недееспособных лиц и относящихся к ним данных следует разрешить, если это служит их интересам. Особо следует учитывать точку зрения ребенка, способ предоставления информации и вопросы осознанного и/или неосознанного согласия ребенка [1].

Этические проблемы генетического скрининга

Генетический скрининг представляет собой тесты, выполняемые для систематической ранней диагностики наследственных заболеваний, определения наследственной предрасположенности или резистентности к болезни или выявления носительства мутантного гена, который может привести к заболеванию у потомков. Его целью мо-

жет быть не только предотвращение или лечение заболевания; результаты скрининга позволяют тестируемому принять решение относительно репродуктивного поведения или выбора определенного образа жизни [18].

В число возможных негативных последствий генетического скрининга входят: психологический стресс, вызванный информацией, которую нельзя использовать для определенного личного выбора или которую трудно понять и интерпретировать; чрезмерное давление на личный выбор со стороны общества, врачей, членов семьи; социальная стигматизация лиц с повышенным генетическим риском или лиц, уклоняющихся от предлагаемого генетического скрининга; раскрытие генетической информации о членах семьи, не давших согласие на тестирование; неправомерное использование информации и дискриминация на основании результатов теста при использовании данных третьими сторонами, например, сотрудникам страховых компаний или работодателям [17].

В связи с возможными негативными последствиями в литературе обсуждаются следующие этические проблемы генетического скрининга: добровольность или обязательность, проблемы личного выбора и различных форм принуждения членов общества, защиты конфиденциальности полученных данных, дискриминации и стигматизации по генетическим признакам.

Введению генетического скрининга должно предшествовать создание соответствующей медицинской информационной службы и системы генетических консультаций для консультирования семей по результатам тестирования. Программе массового скрининга всегда должна предшествовать пилотная фаза, которая проводится на части популяции с оценкой позитивных и негативных результатов скрининга на всех уровнях, включая:

- оценку эффективности теста, его пригодности и обеспечения широты охвата;
- достоверность результатов теста;
- использование результатов теста в процессе принятия решений;
- простоту процесса скрининга;
- психологические и социальные последствия скринингового теста и его клиническую пригодность;
- экономическую эффективность программы скрининга;
- укомплектованность штата, необходимого для начала работы программы;
- общую стоимость программы.

Результаты пилотной фазы являются основой для принятия окончательного решения о внедрении программы, которое осуществляется специалистами, обеспечивающими медицинское обслуживание и лицами, представляющими интересы пациентов [5].

Информация о целях, задачах скрининга, возможных альтернативах для семьи должна предшествовать скринингу, как добровольному, так и обязательному. Неблагоприятные результаты тестов должны сопровождаться генетическим консультированием. Результаты теста, в том числе обязательного скрининга, должны быть частью медицинской документации, и на них распространяется та же степень защиты конфиденциальности, как и на любые медицинские документы [1, 5, 14].

Скрининг новорожденных на поддающиеся лечению заболевания принят как часть рутинной помощи новорожденным и в большинстве стран не требует письменного согласия родителей. Общепринято, что участие в скрининге новорожденных является обязательным в интересах выявляемых больных детей для своевременной диагностики и лечения. Родители информируются о таких программах; если они не согласны на обследование своего ребенка, то для защиты его интересов против них могут предприниматься правовые акции, предусмотренные законодательством.

Скрининг детей для ранней диагностики и своевременного лечения в интересах их здоровья должен быть не только обязательным, но и бесплатным. Обязательным условием его проведения является доступность своевременного и адекватного лечения заболевания. Основная цель обязательного скрининга новорожденных – раннее лечение заболевания для пользы ребенка. Вводя скрининг новорожденных на определенные заболевания, государство принимает на себя этический долг обеспечить доступное и своевременное лечение для всех больных, или заболевание не должно включаться в обязательный скрининг [5, 14].

Все другие виды скрининга должны быть добровольными и им должны предшествовать консультация и процедура получения информированного согласия. Все лица, проходящие генетический скрининг, включая родителей новорожденных, должны получить информацию до скрининга о главных характеристиках заболевания, ограничениях теста (возможных ложноположительных, ложноотрицательных или неопределимых результатах), вероятности получения неблагоприятных результатов теста и возможных последствиях таких результатов. Возможные социо-экономические последствия неблагоприятных результатов теста, такие как изме-

нения в страховании здоровья или жизни, отказ в трудоустройстве, дискриминация в школе и т.д. должны включаться в описание рисков. Если возможны противоречивые результаты, люди должны информироваться об этом. Женщины, направляемые на биохимический скрининг во время беременности, должны быть проинформированы до скрининга о том, что они могут встать перед проблемой аборта. Все люди должны быть проинформированы о праве отказаться от скрининга [5].

Заключение

В заключение приводим руководство по генетическому скринингу и генетическому тестированию, предложенное ВОЗ [14], в котором отражены принципы добровольности, защиты конфиденциальности, необходимости адекватной информации. Его основные принципы изложены ниже:

- генетический скрининг и тестирование должны быть добровольными за исключением указанным ниже;
- генетическому скринингу и тестированию должна предшествовать адекватная информация о целях, возможных исходах и потенциальном выборе;
- анонимный скрининг с эпидемиологическими целями может проводиться после предупреждения скринируемой популяции;
- результаты тестов не должны раскрываться работодателям, страховым компаниям и другим третьим сторонам без согласия пациента для предупреждения дискриминации;
- в редких случаях, когда раскрытие ГИ необходимо для пользы пациента или для общественной безопасности, врач должен убедить его принять такое решение;
- сообщение результатов теста должно сопровождаться генетической консультацией, особенно когда найдены мутация или наследственное заболевание;
- если существуют методы лечения или профилактики заболевания, они должны быть предоставлены пациенту как можно быстрее;
- скрининг новорожденных на заболевания, для которых возможно эффективное лечение должен быть обязательным и бесплатным.

Из представленного материала видно, что генетическое тестирование и скрининг все шире применяются в медицинской практике, затрагивают интересы все большего числа людей. Осознание не только несомненной пользы, но и потенциальных опасностей, ши-

рокое их обсуждение, использование международного опыта решения этических проблем, возникающих в связи с применением генетического тестирования и скрининга, чрезвычайно важно для блага пациентов и общества.

Литература

1. Европейская Комиссия. Независимая экспертная группа. 25 рекомендаций по этике, юридическим и социальным последствиям генетического тестирования. Люксембург: Отдел официальных публикаций Европейского общества, 2004. 26 с.

2. Конституция Российской Федерации (12.12.1993 г.)

3. *Никитина А.Е.* Этические аспекты правового регулирования генетических технологий в Российской Федерации // *Материалы Междунар. конф. Форума Комитетов по этике государств – участников СНГ (Ереван, Республика Армения, 5–7 окт. 2005 г.)*. Ереван, 2005. С. 28–35.

4. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487–1.

5. Программы массового скрининга: технические, социальные и этические вопросы. Рекомендации Европейского общества по генетике человека. // *Медицинская генетика*. 2006. Т. 5, № 3. С. 21–23.

6. Хранение данных и ДНК-банки для биомедицинских исследований: технические, социальные и этические вопросы. Рекомендации Европейского общества по генетике человека. // *Медицинская генетика*. 2006. Т. 5, № 3. С. 24–26.

7. Федеральный закон «Семейный кодекс» № 223–ФЗ от 29 декабря 1995 г.

8. Федеральный закон «Об информации, информатизации и защите информации» № 24–ФЗ от 20.02.1995.

9. Этическая экспертиза биомедицинских исследований. Практические рекомендации / Под общ. ред. Ю.Б.Белоусова. Изд. 2-е. М., 2006. С. 92–115.

10. Council of Europe. Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of Human Being with regard to the application of biology and medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine (April 1997, DIR/JUR 96,14).

11. Council of Europe. Additional protocol to the Convention on human rights and biomedicine concerning biomedical researches. Strasbourg, 2005. 14 p.

12. European Commission. The Independent expert group. Ethical, legal and social aspects of genetic testing: research, development and clinical application. Luxemburg: Office for Official Publications of European Communities, 2004. 100 p.

13. <http://www.feccis.net>

14. Proposed International Guidelines on Ethical issues in Medical Genetics and Genetic Services. Report of WHO Meeting on Ethical Issues in Medical Genetics. Geneva, 15–16 December 1997. World Health Organization. Human Genetics Programme. 15 p.

15. UNESCO. Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights. Paris, 11 November 1997.
16. UNESCO International Bioethics Committee. International Declaration on Human Genetic Data, Paris, 2003. 12 p.
17. WHO, Report of consultants to WHO. Wertz D.C., Fletcher J.C., Berg K. Review of ethical Issues in medical genetics. 2001. 103 p.
18. WHO. Genomics and World Health. Report of a WHO scientific Group. HLB:QZ 50. 2002. 125 p.
19. World Medical Association. Declaration of Helsinki, Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. 2000.

Родильный антропоценоз

1. Табло континуальности

Поскольку физиологически наше тело находится в обмене веществ с природой, постольку потребности тела задают адаптивные механизмы. Последние культурно оформлены и культурой же стимулируются. Но на первом месте среди адаптивных структур стоят производственные цели, и они образуют то, что называют культурой жизнеобеспечения. Сохраняя преемственность с этим термином, я предложил целевую приспособительную деятельность конкретного сообщества рассматривать в качестве *культуроценоза*. Есть еще такая сфера культуры, которая концентрируется вокруг витальных и даже личных потребностей человека. Это *антропоценоз* — такая организованность антропологической среды и внутреннего пространства человека, которая удовлетворяет неутилитарные потребности людей в интимности, в праздничной разрядке от будней, служит эстетическому чувству и пытливости ума, дает социальный и возрастной статус, а в целом обеспечивает достойную траекторию жизни человека.

Куда же нам вписать эотику, секс, родильную деятельность? Конечно, эти виды деятельности относятся к структурообразующим параметрам антропоценоза. Если с названными явлениями что-то не в порядке, то нельзя прямолинейно искать в культууроценозе, в ресурсах жизнеобеспечения, а выход предлагать в довольно скудном и проблемном «материнском капитале».

Родильная деятельность, занимающая сейчас наше внимание, как явление сложного антропоценоза, выступает не как прихоть людей, а в виде знамения отношения к ним со стороны высших сил. «Бог дал ребенка» или «Бог взял» вербальное выражение такого положения дел в традиционном русском быту. Пассивность, смирение? Но именно

эта стоическая позиция в деторождении была осуществлена в крестьянских и более обеспеченных семьях, имевших по 10–12 детей. Санкция Бога, Абсолюта или позитивистски более понятного *табю континуальности* позволяет людям сделать родильную деятельность (родильный антропоценоз) независимым от состояния адаптационных механизмов, найти в нем самом его высочайшую ценность.

2. Украшение «Приди, мужчина, приди»

В мифологии Древней Месопотамии витальная суть вещей была еще ясной: царь Гильгамеш мог гордиться качеством кирпичей стены своего города, а у этих кирпичей было свое божество. Богиня любви Инанна носит на груди украшение в виде прозрачной сетки с недвусмысленным названием «Приди, мужчина, приди»¹. Ее притирание называется «Приди, приди, подведены глаза». Богиня пользуется постоянным успехом со стороны молодых мужчин и покровительствует женщинам, продающим пиво в тавернах. И в жизни общества и природы все идет отменно.

Поясним реалии. Сетка Инанны происходит от рыболовной сети, которая в быту современных народов, включая восточнославянские, является магическим знаком деторождения. Рыба — знак зародыша у кавказских народов: грузинские женщины, желавшие детей, на обратной стороне подола сорочки вышивали изображение рыбы. Отчаявшиеся от бесплодия купались в бассейне с форелями и даже вводили этих рыб во влагалище². Непонятно только, как словом «рыба» в нашем издательском жаргоне стала обозначаться неподготовленная, невыношенная рукопись книги. Примечательно, что в Ветхом и Новом Заветах среди орудий труда чаще всего упомянуты рыболовные сети и пастушеский посох, носящие скрытые женское и мужское эмбриональное значения.

У древних греков их богиня любви Афродита владеет чудодейственным поясом — он вызывал половое вожделение богини у всех мужских богов. В этом поясе «заключается все», говорится в «Одиссее». Однажды сама Гера одолжила этот пояс у Афродиты, чтобы привлечь к себе внимание своего супруга Зевса. Заметим, что в повседневном быту греки поясов вовсе не носили, что говорит о высоком чисто «антропоценозном» статусе пояса Афродиты.

Пояс виден на палеолитических изображениях женщин. Используя этнографические параллели, такие пояса можно трактовать как контрацептивные средства. Дело в том, что в архаических эмбрио-

нальных концепциях плод развивается около сердца матери. Причем он стоит вертикально, но перед родами переворачивается вниз головой. Пояс, в этом представлении, мешает зародышу подняться вверх. Тогда, мешая зачатию, он стимулирует чисто сексуальную деятельность. Функционально пояс служит ношению вещей. Так, например, у охотника-ханта на поясе прикреплены ножны с ножом, пороховница, клыки-амулеты, сумочка с пистонами, кошелек. Пояс тяжел. Вот и у карелов любовный пояс-лемби имеет на себе медвежий коготь, нож, кусок кузнечного шлака, ртуть, пулю, ячменное зерно, змеиную голову.

Если пояс заменен легкой рыболовной сетью, поднимаемой из глубины вод вверх, то должно иметь место ее поднятие и по телу человека. У Инанны эта сеть оказывается на груди. Она свидетельствует о том, что женщина готова не только к сексу, но и к зачатию. С античности в богослужении пояса снимали. Этим говорится, что исполняющий обряд лишает себя половой идентификации, он — человек вообще.

3. «Муж ко мне приблизился» и звериный партнер

Кавказские абхазо-адыгские и нахско-дагестанские языки оказались близкими к тем, на которых говорило население древней Месопотамии. Не удивительно поэтому, что на Кавказе мы обнаруживаем сюжеты и мифологическую логику, характерную для древнейших цивилизаций. Меня как антрополога, собирающего материал по эмбриональным концепциям, интересовала лексика, относящаяся к половому акту. Она практически отсутствует в изданных словарях. А значение такой лексики велико для историко-философских реконструкций. При записях сексуальной лексики совершенно серьезное и уважительное отношение к делу со стороны моих собеседников диктовалось нашим общим согласием в том, что нет ничего ценнее порождения людьми здорового потомства.

Сошлюсь на абхазо-адыгские примеры. Термины полового акта в этих языках четко разделяются по их употреблению женщинами или мужчинами. Женский семантический круг отражает семантически приближение к женщине и такое воздействие на ее тело, которое мыслится «правильным», т.е. дающим ему какую-то переделку с улучшением или восполнением. Это термины сближения: «подошел», «приблизился», «поспал вместе», «пожил». Все эти термины этимологически близки к абхазскому слову для течки у животных: *апшьтала* (букв. «догонять», «смыкаться»). Термины восполнения: «сделал», «насытил», «сделал правильным», «переделал», «обошелся по-

мужски». В такой семантический круг входит обозначение полового акта в абхазском и абазинском языках термином с основой *ку*, входящей в состав слов, обозначающих архаические процессы обработки, вроде отбесывания камней, например, *акуара* – «отбесывать жернова». Второе значение «точить»³. Другой семантический круг более «мужской». «Это, как правило, термины, встречающиеся в речи мужчин и обозначающие разъятие женского тела, нанесение ему ущерба. Термины разъятия: “пырнул”, “пилил”, (у абазин буквально “развалил на части”), “поломал”. Мужским эвфемизмом полового акта у кабардинцев является выражение “оседлал лошадь”»⁴.

Если иметь в виду животноводческий пласт абхазо-адыгской сексуальной лексики, а также то, что в нахских языках близость с женщиной передается глаголом *техкина* – буквально «вскочил на спину», что отражает древнейшую позу зачатия, то можно считать круг «женских» терминов приближения и восполнения тоже древнейшим.

И не только в силу архаической позы, но и в силу секульно-эмбриональной логики, согласно которой первым партнером женщины считается мифологическое животное. В старину на Руси довольно распространенным было следующее девичье гадание о будущем супруге. Девушка шла к овину (он располагался вдали от дома). Она становилась на четвереньки к нему задом и произносила заклятие «Шани меня, мани». Если она чувствовала, что ее зада касается мохнатая рука, то это означало, что муж будет богатым. Если чувствовала голую ладонь, то – бедным. Суеверная русская девушка оказывается родной сестрой месопотамской богини Инанны (Иштар), которая владела небесным быком и для замужества предпочла себе пастуха Думузи, одетого в одежды из шерсти, землелашцу Энкимду.

Важнейший культурогенетический смысл находится в идее приближения зверя к женщине, из которой возникла идея одежды. Прекрасную иллюстрацию этому дает бурятская верхняя одежда, покрой которой напоминает шкуру самца-марала. Сейчас же для нас принципиально важно, что женская сексуальная лексика, история носимых вещей с эмбрионально-смысловым значением и история одежды выявляют центростремительные тенденции женского антропоценоза.

4. Историческая реконструкция и диагноз современной ситуации

Намеченная линия развития одежды и амулетов показывает, что тело в родильном антропоценозе включено в следующие топологические трансформы: 1) тело женщины – тело животного; 2) тело жен-

щины — шкура животного (одежда); 3) тело женщины без одежды (родильное). Смысл таких трансформ в том, что нагое человеческое тело должно породить ребенка — другое человеческое тело. С появлением новорожденного на свет трансформы снова включаются — на младенца надевают детскую рубашку, метафору звериной шкуры. У тюркских народов она называется «собачья», у абхазо-адыгов «медвежья», у вайнахов «перьевая». Здесь речь идет не о тотемном предке, а о первом звене *эмбриональной цепи*, где вслед за животным чередуются зародыши девочки и мальчика. Причем первое место принадлежит именно девочке. Так в мифе Артемиды родилась раньше Аполлона и стала помогать ему появляться на свет. Древние греки девственную Артемиду сделали богиней родовспоможения.

Напомним, что она же богиня охоты. Указание на то, что родильная деятельность с ее антропоценозом находится вне культуросценоза. Родильный антропоценоз — выход к ресурсам природы. В ментальном смысле это означает, что женские и детские одежды должны быть взяты из природы, чтобы к этому вечному и континуальному фактору была отнесена родильная деятельность. На примере родильного антропоценоза человечество отработало недостаточность субъект-объектных отношений, поставив на их место эмоционально-логическую трилемму: 1) избранныческий поиск понравившегося партнера; 2) нахождение целостности с природой в концепциях зачатия; 3) разоформление этой целостности как процесс вхождения в культуросценоз. Названная целостность занимает методологически важное место, выполняя роль табло континуальности (Абсолюта), к которому восходит рекурсивная мысль, ниспадая артефактами культуры. В этой целостности, где человеческое тело слито с природой, виден антропологический герменевтический круг. На примере родильного антропоценоза мы показали, что вхождение в этот герменевтический круг эмоционально, а выход логичен. В традиционных культурах вход в герменевтический круг наиболее значим. Он обставлен эмоциями ритуалов, ради которых логика культуры упрятана за традицией и ее идеологемами вроде «так повелось», «так делали предки». Эмоции позволяют нам переходить из виртуальности антропоценоза в константность культуросценоза.

В биологической концепции ценозов со времен В.И.Вернадского, Н.В.Тимофеева-Ресовского и В.Н.Сухачева сутью проблемы является пространственно-географический фактор — законы локальной организованности биологических единиц. В предшествовавших публикациях мной изучались локальные антропоценозы, сельские и городские. В данной работе предпринята, казалось бы, странная попыт-

ка подойти к антропоценозу женщины, готовой к родильной деятельности. Где же здесь пространственная организованность ряда биологических единиц, ведь женщины беременеют вовсе не коллективно?

Беременность женщины окружена не только попечительством врачей, но и всего женского сообщества. Антрополог Т.Б. Щепанская описала прохождение ею своей беременности в Ленинграде как процесса, находившегося под постоянным вниманием не только соседей, женщин-коллег по работе, но даже попутчиц в троллейбусе или автобусе⁵. Эта женская солидарность явно антропоценозна и восходит к тем временам, когда в пресапиенсном обществе у всех женщин был синхронизирован менструальный цикл. Та же синхронизация была обнаружена в американских женских колледжах в 1980-е гг.

Весь наш материал показывает, что женщина в родильном состоянии концентрирует вокруг себя все ближайшие ресурсы, делая их частью своего антропоценоза. Тут мы подошли к самому началу возникновения апокалиптического образа Великой матери. На примере мифа об Инанне видно, что женщина ради родильного акта выходит из оболочек одежды. Беда Инанны в том, что ее родильный антропоценоз столкнулся с таким же ее сестры Эрешкигаль и Инанна была умерщвлена, впрочем временно. Все облачения Инанны при спуске в подземный мир родильных потенций становятся ей не нужны. Они уходят в зону культууроценоза, оставляя место родильному антропоценозу. Поэтому в древности и вплоть до недавних времен поощрялось зачатие вне культурной среды: на игрищах типа Ивана Купала, во время сенокосов. В доме этим было заниматься не положено. Одна старушка в Подмосковье в 1980-е гг. мне жаловалась, что большак (глава большой семьи) посылал ее с мужем на разные работы, а спали они врозь. Поэтому она 6 лет не могла забеременеть. Адаптивный культууроценоз с циклом сельхозработ находился в перпендикулярном отношении к родильному антропоценозу. У хевсур (горных грузин) в те же 1980-е гг. я записал старинное правило, по которому молодоженам родить в первые три года считалось неприличным. Но с возрастом как в Подмосковье, так и в Грузии рождаемость пары начинала только приветствоваться. А о не имеющем детей человеке говорили «больной».

Если распространить герменевтику антропоценоза и культууроценоза на современное положение дел, то проступает такая ситуация. Налицо спад эмоциональных составляющих антропоценозов, включая родильный, за счет возрастания эмоциональных компонентов адаптивных культууроценозов. Мы стали больше ценить комфортабельность наших жилищ, автомашин и меньше радоваться голосам

детей. Общество нас за это не осуждает. Конечно, надеясь на повышение рождаемости, можно дожидаться повышения качества жизни. Но это только один из путей. Другой связан с ролью мужчины, восполняющего антропоценозные и культуроценозные запросы женщины. Современный его статус чрезвычайно занижен.

Примечания

- ¹ Мифы народов мира. Т. 1. М., 1980; Библиотека всемирной литературы. Т. 1. М., 1980; Мифы и легенды Древнего Востока. М., 2002.
- ² Материалы 1940-х гг. светлой памяти моего учителя Алексея Ивановича Робакидзе, сообщенные мне устно.
- ³ *Чеснов Я.В.* Мужское и женское начала в рождении ребенка по представлениям абхазо-адыгских народов // Этнические стереотипы мужского и женского поведения. СПб., 1991. С. 139.
- ⁴ Там же. С. 140.
- ⁵ *Щепанская Т.Б.* Мифология социальных институтов: родовспоможение // Мифология и повседневность. Вып. 3. СПб., 1999. С. 385–423.

Генетическая адаптация популяций к природным и антропогенным факторам внешней среды

Введение

Роль наследственных изменений в адаптации популяций человека к различным природным условиям рассмотрена во многих работах [Cavalli-Sforza et al., 1994; Алексеева, 1998]. Антропогенные преобразования среды, происходившие по мере развития человеческих обществ и появления новых технологий, значительно повлиявших на условия жизни, также требуют адаптации популяций на генетическом уровне. Генетическая адаптация к факторам внешней среде (как природной, так и социокультурной) может происходить как за счет появления и распространения новых мутаций, так и за счет изменения частот аллелей, присутствовавших ранее в генофонде популяции.

Взаимодействие генетических и хозяйственно-культурных факторов обычно иллюстрируется немногими общеизвестными примерами. К ним относится способность переваривать молочный сахар, лактозу. Лактоза расщепляется кишечным ферментом лактазой, которая высокоактивна у детей в период грудного вскармливания. У многих народов активность этого фермента значительно снижается у индивидов начиная с 5–7 летнего возраста. Однако у представителей европейских и некоторых других народов фермент остается активным и у взрослых. Это обусловлено мутацией, влияющей на регуляцию активности гена лактазы *LAC* [Enattah et al., 2002]. Частота этой мутации, приводящей к фенотипу персистенции лактазы *LAC*P* (lactase persistence), высока у народов с развитым молочным животноводством и высоким уровнем потребления молока [Durham, 1991; Veja-Pereira et al., 2003].

Другим общеизвестным примером связи частоты наследственного признака с хозяйственно-культурным типом общества является распространение серповидноклеточной анемии (мутация в гене гемоглобина) в зонах, эндемичных по малярии [см. обзоры в Durham, 1991; Cavalli-Sforza et al., 1994]. Релаксацию давления естественного отбора в обществах с производящим хозяйством иллюстрирует возрастание в них нарушений цветового зрения по сравнению с обществами охотников-собираателей.

Можно полагать, что по мере развития цивилизации, появления земледелия, оседлого образа жизни, возрастания плотности населения и других изменений обществ адаптация к этим изменениям происходила не только на уровне развития технологии и культуры, но и на генетическом уровне.

Экспериментально установить генетические характеристики предшественников ушедших в прошлое культур пока невозможно. Хотя в настоящее время технически доступно исследование ДНК, полученной из древних костных останков (возрастом до нескольких десятков тысяч лет [Hofreiter et al., 2001]), эти исследования очень дороги и чрезвычайно сложны. Однако накопленные данные о генетическом разнообразии современных народов, проживающих в разных климатических зонах и находящихся на различных ступенях социальной эволюции, позволяют сравнить генетические характеристики обществ, различающихся по многим параметрам, и на основе такого исследования попытаться выявить факторы среды, требующие генетической адаптации популяций, и определить гены, вовлеченные в этот процесс.

В данной статье рассмотрены генетические различия популяций человека, связанные с факторами внешней среды. Предложен подход к выявлению хозяйственно-культурных и социальных факторов, связанных с генетическими характеристиками популяций. В заключение приведена сводка факторов среды (включая антропогенные факторы), взаимосвязанных с генетическими характеристиками популяций.

Генетическая изменчивость популяций человека

Генетические характеристики народов зависят от их истории и образа жизни. Каждая популяция характеризуется своим набором аллелей (некоторые аллели могут быть уникальны для этнической группы или расы) и соотношением их популяционных частот. Генетические различия возникают в изолированных популяциях, не обменивающихся потоками генов (т.е. не смешивающихся из-за геогра-

фических, лингвистических или религиозных барьеров), за счет случайных изменений частот аллелей, а также за счет процессов позитивного и негативного естественного отбора.

Процесс случайного изменения частот аллелей (генетический дрейф) без действия каких-либо других факторов обычно не приводит к значительным изменениям генетических характеристик популяции. Значительные изменения частот аллелей могут возникать при сокращении численности популяции или отселении небольшой группы, которая дает начало новой популяции (эффект «бутылочного горлышка» или «эффект основателя»). С эффектом основателя связывают повышенную частоту болезнетворных мутаций в некоторых этнических группах. Значительные генетические изменения возникают в результате отбора, действующего на популяции человека.

Всякий новый вариант гена (аллель) возник когда-то в результате мутации, того или иного изменения последовательности нуклеотидов. Мутации постоянно появляются в ДНК, и человек не отличается в этом отношении от других видов. По современным представлениям, большинство мутаций нейтральны, т.е. никак не сказываются на жизнеспособности своих носителей. К адаптивным относится лишь небольшая часть генетических изменений, и адаптивная ценность тех или иных аллелей может существенно варьировать в зависимости от условий среды.

Все люди обладают общими генетическими характеристиками и несут мутации, накопленные в процессе антропогенеза (мутации генов, которые «делают нас людьми» [Gibbons 1998; Ebersberger et al., 2002]). Однако процесс накопления генетических изменений продолжался и после формирования человека как вида и привел к тому, что различные этнические или географические группы отличаются друг по спектру мутаций (аллелей) и/или по частотам тех или иных аллелей. Часть этих различий связана с адаптацией популяций человека к различным факторам среды, включая и те условия жизни, которые возникли в результате развития цивилизации. Именно эти генетические различия между популяциями человека будут рассмотрены в следующем разделе.

Генетическая адаптация к типам питания

Очевидно, что пищевые традиции народа и генетические факторы взаимодействуют. Употребление тех или иных видов пищи становится возможным лишь при наличии определенных генетических

предпосылок (как в упомянутом выше случае, когда наличие мутации в гене лактазы сделало возможным употребление молока не только детьми, но и взрослыми). Впоследствии ставшая традиционной диета действует как фактор отбора, приводя к изменению частот аллелей и распространению в популяции тех генетических вариантов, которые наиболее адаптивны при данной диете. В частности, частота мутации в гене лактазы наиболее высока в том регионе Европы, в котором наиболее интенсивно велось молочное животноводство [Veja-Pereira et al., 2003].

Отсутствие фермента трегалазы, расщепляющей трегалозу (углевод грибов), видимо, является причиной того, что некоторые северные народы не употребляют грибы в пищу [McNair et al., 1972], т.к. в отсутствии этого фермента употребление грибов приводит к расстройству пищеварения [Agola et al., 1999].

У эскимосов при традиционном питании норма потребления мяса составляет до 2 кг в день [Козлов, 2002]. Переваривание таких количеств мяса возможно при сочетании определенных культурных (кулинарных) традиций, микрофлоры определенного типа и наследственных физиологических особенностей пищеварения [Козлов, 2002]. Генетические детерминанты этих особенностей пока не известны.

Описана генетическая особенность, распространенная у жителей Эфиопии и Саудовской Аравии. Значительная часть этих популяций (20–30%) способны быстро метаболизировать некоторые пищевые вещества и лекарства, в частности, амитриптилин, благодаря наличию у них двух или более копий гена цитохрома P450D2. Цитохромы этой группы отвечают за метаболизм определенных веществ, поступающих с пищей. У народов других регионов удвоение гена цитохрома встречается с частотой не более 3–5%, и распространены неактивные варианты гена (от 2–7% у жителей Европы до 30% в Китае). Предполагают, что увеличение числа копий гена в Эфиопии связано с особенностями диеты (возможно, употреблением в пищу больших количеств съедобного растения теф, составляющего до 60% продуктов питания эфиопов) [Sachse et al., 1997; Aklillu et al., 1996].

Взаимодействие генетических, культурных и природных факторов можно проиллюстрировать на примере исследования риска развития гепатоцеллюлярной карциномы в Судане [Omer et al., 2001]. Гепатоцеллюлярная карцинома — один из широкораспространенных во всем мире видов рака. Показано, что фактором риска рака в Судане является потребление орехового масла (пищевой фактор), причем риск этот значителен для регионов с высокой влажностью (климатический фактор), где при хранении орехов высока вероятность их

контаминации афлотоксинами. Заболевают раком преимущественно индивиды с низкой активностью одного из ферментов метаболизма ксенобиотиков – глутатион-метионин трансферазы, кодируемой геном GSTM1 (генетический фактор).

«Экономичные» гены и болезни цивилизации

Диабет, ожирение, гипертония, атеросклероз и другие широко распространенные в высокоразвитых обществах болезни связаны с избыточным потреблением углеводов, жиров, соли и недостаточной физической активностью. При этом существует генетическая предрасположенность к развитию этих заболеваний. Некоторые генетические особенности повышают риск развития диабета или атеросклероза. Для ряда генов показано, что генетическими факторами риска таких заболеваний являются исходные, предковые аллели, тогда как производные аллели, эволюционно более молодые, могут проявлять протективное действие [Corbo, Scacchi, 1999; Sharma, 1998]. Это соответствует гипотезе об «экономичном» («thrifty») генотипе [Neel, 1998]. Гипотеза основана на предположении, что человек генетически адаптирован к образу жизни охотника-собирателя (кем он, собственно, и был на протяжении сотен тысяч лет своей эволюции). В условиях низкохолестериновой, низкоуглеводной, низкокалорийной и бессолевой диеты, сочетавшейся с высокой физической активностью выгодны были «экономичные» гены, обеспечивавшие эффективное поглощение и утилизацию этих питательных веществ. «Экономичные» аллели, бывшие адаптивными в прошлом, стали факторами риска «болезней цивилизации» при переходе к современным условиям жизни. В модернизированных обществах частота этих аллелей снизилась, и они уступили место эволюционно более молодым аллелям «транжирам» [Sharma, 1998]. Рассмотрим более подробно возможные факторы изменения частот «экономичных» аллелей в популяции.

Ген аполипопротеина Е (*APOE*) участвует в регуляции уровня холестерина крови. Один из его аллелей, называемый *APOE* **e4*, ассоциирован с повышенным уровнем холестерина и рассматривается как «экономичный» [Mahley, Rall, 2000; Corbo, Scacchi, 1999]. Этот аллель *APOE* **e4* является фактором риска болезни Альцгеймера и сердечно-сосудистых заболеваний у жителей Европы и евроамериканцев. Однако у племен суб-Сахарской Африки этот аллель не является фактором риска и не ассоциирован с высоким уровнем холестерина. У афроамериканцев ассоциация наблюдается, однако более слабая,

чем у евроамериканцев [см. обзор в Corbo, Scacchi, 1999]. Это свидетельствует о разном проявлении одного и того же аллеля в различных условиях среды и на различном генетическом фоне. Частоты аллеля *APOE*ε4* варьируют от 5%–15% у большинства европейских народов до 40% у автохтонных народов Африки, Австралии и Америки [Geders et al., 1996; Corbo, Scacchi, 1999, Jaramillo-Correa et al., 2001]. Можно полагать, что *APOE*ε4*, являющийся более древним, предковым аллелем, был вытеснен в популяциях с производящим хозяйством более молодыми производными от него аллелями *APOE*ε3* (ассоциированным со средним уровнем холестерина) и *APOE*ε2* (ассоциированным с низким уровнем холестерина). При этом маловероятно, что болезнь Альцгеймера или сердечно-сосудистые заболевания были факторами отбора, т.к. эти заболевания проявляются в пострепродуктивный период [Corbo, Scacchi, 1999]. Вероятно, какой-либо другой признак, ассоциированный с этими аллелями и повышающий выживаемость в дорепродуктивный период, опосредовал действие естественного отбора.

Сходные наблюдения относятся к аллелю гена ангиотензиногена *AGT*. Ген *AGT* участвует в регуляции солевого обмена. «Экономичный» аллель гена ангиотензиногена *AGT*235T* ассоциирован с эссенциальной гипертензией [Sharma, 1998]. Возможная роль «экономичных» аллелей в адаптации к земледелию рассмотрена в обзоре [Kagawa et al., 2002].

Генетика устойчивости к инфекционным заболеваниям

Наиболее известным примером устойчивости к инфекциям является распространение наследственной болезни крови серповидноклеточной анемии в зоне распространения малярии. Серповидноклеточная анемия вызывается мутацией в гене гемоглобина, приводящей к нарушению его функций. Форма эритроцитов у больных напоминает серп, из-за чего болезнь получила свое название. Носители мутации более устойчивы к малярии. В зонах распространения малярии наиболее адаптивно гетерозиготное состояние. Хотя малярия не является созданием рук человеческих, распространение ее связано с антропогенными изменениями ландшафтов в результате распашки земель [Cavalli-Sforza et al., 1994; Hill, 1996].

Аналогичным примером является муковисцидоз – наследственное заболевание, вызываемое мутациями в гене *CFTR* (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator). Заболевают дети, у которых за-

тронуты мутациями гены на обеих гомологичных хромосомах. До недавнего времени больные были неизлечимы, потомства не оставляли, обычно погибая в раннем детстве. При наличии у человека только одной мутации он остается здоровым. Предполагается, что гетерозиготные носители мутации более устойчивы к кишечным инфекциям, являвшимся на протяжении многих столетий частой причиной смерти детей (Pier et al., 1998; Hogenauer et al., 2000).

Эти примеры показывают, что платой за повышение приспособленности гетерозигот может быть гибель гомозигот по болезнетворной мутации, неизбежно появляющихся при повышении популяционной частоты мутаций.

Генетические изменения, сопровождающие антропогенные преобразования среды

Распространенность определенных генетических детерминант в популяции может делать более вероятным развитие тех или иных культурных особенностей (требующих генетической адаптации), аналогично тому, как наличие определенных аллелей делает возможным освоение новых климатических зон. Например, показано, что русское население Севера по частотам некоторых аллелей отличается от русских центрального региона и приближается к частотам, характерным для аборигенного населения [Спицин, 1985]. Речь идет о вариантах, важных для адаптации к холодному климату. Носители дезадаптивных генетических вариантов плохо себя чувствуют, чаще болеют, проживая в холодном климате, и с большей вероятностью уезжают. Таким образом, данная экониша «отбирает» соответствующие ей генотипы, но не за счет дифференцированной смертности или различий в репродуктивном успехе, а за счет отъезда неадаптированных особей.

Часть социально- и природно-детерминированных факторов например, изменения климата или постепенный переход от собирательства к земледелию, может вызывать медленные (на протяжении десятков и сотен поколений) изменения генофонда популяций, на 2–5% за поколение. Тогда как действие других факторов (эпидемий, часто связанных с войнами и социальными кризисами), вероятно, может в несколько раз изменить частоты аллелей в популяции на протяжении жизни одного поколения. Так, распространение в Европе некоторых вариантов генов, ассоциированных с устойчивостью к инфекциям, связывают с «черной смертью» — эпидемией чумы или

другими эпидемиями [Stephens et al., 1998]. При гибели до 80% населения (а в ряде районов смертность от эпидемий достигала такого уровня) частота аллеля может измениться в 5 раз. До появления больших городов и достижения эпидемического порога численности населения такие крупномасштабные «раунды отбора» на устойчивость населения к инфекциям вряд ли были возможны.

Демографические изменения могли сказаться на манифестации некоторых генетических особенностей. Так, репродуктивные циклы женщин в индустриализованных странах и традиционных обществ отличаются. По сравнению с женщинами догонов у американских женщин раньше наступает менархе (12.8 по сравнению с 16.1 годами), позже происходят первые роды (16.0 лет по сравнению с 19.5), короче период грудного вскармливания ребенка (3 месяца по сравнению с 30 у догонов) и меньше число родов (в среднем 1.8 детей по сравнению с 5.0). Общее число менструальных циклов за время жизни у женщин западной культуры составляет около 400, тогда как у охотников-собирателей и ранних земледельцев — немногим больше 100. Увеличение числа менструальных циклов, во время которых овариальные гормоны стимулируют деление клеток в тканях репродуктивной системы и грудной железы, повышает риск появления мутаций, ответственных за злокачественную трансформацию клеток, и тем самым увеличивают риск развития рака у женщин [Strassmann and Dunbar, 1999]. Известны мутации, связанные с семейными формами рака груди и яичников, однако изменение их проявления в обществах различных пока типов не изучено.

Генетические изменения могут быть связаны и с изменением адаптивной ценности некоторых психологических и поведенческих особенностей людей различных обществ. По некоторым прогнозам, депрессия в XXI в. займет одно из первых четырех мест как причина потери работоспособности. Одной из причин увеличения частоты депрессий в вестернизованных обществах может быть утрата индивидом поддержки родовой группы. В ряде исследований показано, что с разрушением системы родовой поддержки снижается выживаемость детей, повышается риск развития заболеваний. Разные страны существенно различаются по частоте депрессии (европейские — в 5 раз), в отличие от шизофрении, частота которой примерно одинакова [Maynard Smith, 1999]. Можно предположить, что общества с развитой сетью родственных отношений и общества более индивидуалистичные могут отличаться по генетическим характеристикам, имеющим отношение к депрессии. Генетическая детерминация депрессии довольно велика (30–40%) [Malhi, 2000; McGuffin et al., 2001]. Хотя

выявлены некоторые гены, ассоциированные с этим заболеванием (гены транспортера серотонина *HTT*, катехол-о-метил трансферазы *COMT*), говорить о том, что генетические факторы риска развития депрессии изучены, преждевременно. Однако несомненно, что такие факторы будут выявлены в неотдаленном будущем.

Таким образом, из сказанного выше ясно, что при изменении хозяйственно-культурного типа общества и повышения уровня его социокультурной сложности оно формирует такую среду обитания, адаптация к которой требует генетических изменений популяций. Во всех сложных обществах развито земледелие и животноводство, а это означает определенные изменения диеты по сравнению с охотниками-собираателями. От одомашненных животных человек получил десятки возбудителей инфекций. Все сложные общества имеют высокую плотность населения и развитые технологии хранения и перераспределения продуктов, а эти факторы требуют устойчивости к инфекциям. По мере усложнения социальной иерархии могут меняться и требования к поведению индивидов, что также может быть связано с определенными генетическими изменениями. Сложные и простые общества различаются по частотам аллелей некоторых генов, связанных с регуляцией поведения (например, по аллелям гена *DRD4* [Ding et al., 2002]), при этом показано, что различия эти появились в результате действия отбора, однако фактор отбора пока неизвестен. Адаптация человека к изменениям питания, к инфекционным заболеваниям, изменениям жизненного цикла и демографическим характеристикам рассмотрена в ряде монографий [Evolution in health and disease, 1999; Human biology: an evolutionary and biocultural approach, 2000].

Литература

1. *Алексеева Т.И.* Адаптация человека в различных экологических нишах Земли (биологические аспекты). М.: МНЭПУ, 1998. 279 с.
2. *Козлов А.И.* Гиплоактазия: распространенность, диагностика, врачебная тактика. М.: АрктАн-С, 1996. 70 с.
3. *Козлов А.И.* Экология питания. М.: Изд-во МНЭПУ, 2002. 183 с.
4. *Спицин В.А.* Биохимический полиморфизм человека. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1985. 214 с.
5. *Aklillu E., Persson I., Bertilsson L., Johansson I., Rodrigues F., Ingelman-Sundberg M.* Frequent distribution of ultrarapid metabolizers of debrisoquine in an ethiopian population carrying duplicated and multiduplicated functional *CYP2D6* alleles // *J. Pharmacol. Exp. Ther.* 1996. 278(1). P. 441–446.

6. Arola H., Koivula T., Karvonen A.L., Jokela H., Ahola T., Isokoski M. Low trehalase activity is associated with abdominal symptoms caused by edible mushrooms // *Scand J. Gastroenterol.* 1999. 34(9). P. 898–903.

7. Beja-Pereira A., Luikart G., England P.R., Bradley D.G., Jann O.C., Bertorelle G., Chamberlain A.T., Nunes T.P., Metodiev S., Ferrand N., Erhardt G. Gene-culture coevolution between cattle milk protein genes and human lactase genes // *Nat. Genet.* 2003. 35(4). P. 311–313.

8. Cavalli-Sforza L.L., Menozzi P., Piazza A. *History and Geography of Human Genes.* Princeton (N.J.): Princeton Univ. Press, 1994. 413 p.

9. Corbo R.M., Scacchi R. Apolipoprotein E (APOE) allele distribution in the world. Is APOE*4 a «thrifty» allele? // *Ann. Hum. Genet.* 1999. 63. P. 301–310

10. Ding Y-C. *et al.* Evidence of positive selection acting at the human dopamine receptor D4 gene locus // *Proc. Natl. Acad. USA.* 2002. 99(1). P. 309–314.

11. Durham W.H. *Coevolution; Genes, Culture and Human Diversity.* Stanford (CA.): Stanford Univ. Press, 1991. 630 p.

12. Ebersberger I., Metzler D., Schwarz C., Paabo S. Genomewide comparison of DNA sequences between humans and chimpanzees // *Am. J. Hum. Genet.* 2002. 70(6). P. 1490–1497.

13. Enarrah N.S., Sahi T., Savilhti E., Terwilliger J.D., Peltonen L., Jarvela I. Identification of a variant associated with adult-type hypolactasia // *Nature Genet.* 2002. 30. P. 233–237.

14. *Evolution in health and disease* / Ed. by S.C.Stearns. Oxford Univ. Press. 1999. 328 p.

15. Gerdes L.U., Klausen Ch., Sihm I., Faergeman O. Apolipoprotein E polymorphism in a Danish population compared to finding in 45 other study population around the worlds // *Genet. epidemiol.* 1992. 9. P. 155–167.

16. Gibbons A. Which of Our Genes Make Us Human? // *Science.* 1998. 281. P. 1432–1434.

17. Hill A.V.S. Genetics of infectious disease resistance // *Curr. Opin. Genet. Dev.* 1996. 6. P. 348–353.

18. Hofreiter M., Serre D., Poinar H.N., Kuch M., Paabo S. Ancient DNA // *Nat. Rev. Genet.* 2001. 2(5). P. 353–359.

19. Hogenauer C., Santa Ana C.A., Porter J.L., Millard M., Gelfand A., Rosenblatt R.L., Prestidge C.B., Fordtran J.S. Active intestinal chloride secretion in human carriers of cystic fibrosis mutations: an evaluation of the hypothesis that heterozygotes have subnormal active intestinal chloride secretion // *Am. J. Hum. Genet.* 2000. 67(6). P. 1422–1427.

20. *Human biology: an evolutionary and biocultural approach* / Ed. by G.A.Harrison, J.M.Tanner, D.R.Pilbeam, P.T.Baker. Oxford (N.Y.): Oxford Univ. Press, 2000. 568 p.

21. Jaramillo-Correa J.P., Keyex G., Ruiz-Garcia M., Rodas G., Bernal J. Population genetic analysis of the genes APOE, APOB (3'VNTR) and ACE in some black and amerindian communities from Columbia // *Hum. Hered.* 2001. 52. P. 14–33.

22. *Kagawa Y., Yanagisawa Y., Hasegawa K., Suzuki H., Yasuda K., Kudo H., Abe M., Matsuda S., Ishikawa Y., Tsuchiya N., Sato A., Umetsu K., Kagawa Y.* Single nucleotide polymorphisms of thrifty genes for energy metabolism: evolutionary origins and prospects for intervention to prevent obesity-related diseases // *Biochem. Biophys. Res. Comm.* 2002. 295. P. 207–222.
23. *Mahley R.W., Rall S.C.* Apolipoprotein E: Far More Than a Lipid Transport Protein // *Annu. Rev. Genomics Hum. Genet.* 2000. 1. P. 507–537.
24. *Malhi G.S., Moore J., McGuffin P.* The genetics of major depressive disorder // *Curr. Psychiatry Rep.* 2000. 2(2). P. 165–169.
25. *Maynard Smith J.* The evolution of non-infectious and degenerative disease // *Evolution in Health and Disease* / Ed. by S.C.Stearns. Oxford, 1999. P. 267–272.
26. *McGuffin P., Riley B., Plomin R.* Toward behavioral genomics. // *Science.* 2001. 291. P. 1232–1249.
28. *Neel J.V.* The thrifty genotype in 1998 // *Nutr. Rev.* 1999. 57. S. 2–7.
29. *Omer R.E., Verhoef L., Van't Veer P., Idris M.O., Kadaru A.M., Kampman E., Bunschoten A., Kok F.J.* Peanut butter intake, GSTM1 genotype and hepatocellular carcinoma: a case-control study in Sudan // *Cancer Causes Contorl.* 2001. 12(1). P. 23–32.
30. *Pier G.B., Grout M., Zaidi T., Meluleni G., Mueschenborn S.S., Banting G., Ratcliff R., Evans M.J., Colledge W.H.* Salmonella typhi uses CFTR to enter intestinal epithelial cells // *Nature.* 1998. 393. P. 79–82.
32. *Sachse C., Brockmoller J., Bauer S., Roots I.* Cytochrome P450 2D6 variants in a Caucasian population: allele frequencies and phenotypic consequences // *Am. J. Hum. Genet.* 1997. 60(2). P. 284–295.
33. *Sharma A.M.* The thrifty genotype hypothesis and its implications for the study of complex genetic disorders in man // *J. Mol. Med.* 1998. 76. P. 568–571.
34. *Stephens et al.* Dating the origin of the CCR5-delta32 AIDS resistance gene allele by the coalescence of haplotypes // *Am. J. Hum. Genet.* 1998. 62. P. 1507–1515.
35. *Strassmann B., Dunbar R.* Human evolution and disease: putting the Stone Age perspective // *Evolution in Health and Disease* / Ed. by S.C.Stearns.Oxford, 1999. P. 91–101.

Этико-нормативное регулирование генетического тестирования в республике Беларусь

Тестирование на мутагенность и тератогенность

Исследование мутагенных и генотоксических эффектов признается в Республике Беларусь одним из обязательных направлений в токсиколого-гигиенической оценке химических и биологических веществ и материалов, в качестве превентивной меры, обеспечивающей предупреждение мутагенного, генотоксического и тератогенного действия химических и биологических веществ на организм человека. С этой целью Постановлением Совета Министров РБ в 2001 г. введена государственная гигиеническая регистрация, в процессе которой осуществляется гигиеническая экспертиза химических и биологических веществ и материалов. В частности, предусматривается, что для ввозимой на территорию Республики химической продукции обязательно предъявление регистрантом паспортов безопасности, содержащих, согласно требованиям ЕЕС, сведения о мутагенной активности. При необходимости Республиканский научно-практический центр гигиены (РНПЦГ) проводит исследования мутагенного действия импортируемых в Республику химических веществ и материалов.

Особое внимание при гигиенической регистрации уделяется пестицидам, учитывая преднамеренное внесение их в окружающую среду. Регистранты обязаны представить для гигиенической экспертизы подробные материалы научных исследований токсических свойств действующих веществ и препаративных форм пестицидов. Обязательными тестами при этом являются изучение мутагенной активности, генотоксичности и канцерогенности. Статус постоянной регистрации предоставляется только пестицидам, имеющим полную токсикологическую характеристику.

В 2001 г. на базе РНПЦГ создан Центр межправительственного Форума по химической безопасности, который обеспечивает свободный доступ более чем к 20 информационно-аналитическим базам данных о токсических свойствах различных химических веществ. Приобретена автоматизированная информационно-поисковая система АРИПС (Российский Регистр потенциально опасных химических и биологических веществ), содержащая информацию о 2150 веществах, в том числе об их мутагенном действии.

Для получения информации о химических веществах, применяемых и/или производимых на территории Республики Беларусь, регистрация которых не предусмотрена Министерством здравоохранения, принято решение о создании на базе РНПЦГ Национального Регистра потенциально опасных химических и биологических веществ (далее Регистр). В настоящее время создание Регистра согласовывается с заинтересованными организациями. В перечень сведений, необходимых для государственной регистрации потенциально опасного химического и биологического вещества, включена информация о его мутагенном действии. В случае отсутствия полной информации о веществе предусмотрено проведение необходимых исследований. При этом предполагается ведение подрегистра для генетически опасных веществ, регистрация которых будет осуществляться на основе решения Экспертного совета, в состав которого планируется ввести ведущих специалистов РНПЦ гигиены, НИИ наследственных и врожденных заболеваний МЗ РБ, а также Института генетики и цитологии НАНБ.

Одними из основных направлений современной профилактической токсикологии являются молекулярно-токсикологические исследования вновь созданных химических веществ и материалов, позволяющие выявить возникновение патологии при воздействии токсикантов.

В РНПЦГ на протяжении многих лет исследуется тератогенное действие пестицидов при их гигиеническом нормировании, изучаются процессы мутагенеза путем оценки суммарной мутагенной активности химических веществ, питьевой и сточных вод, промышленных отходов. Освоены и начали применяться в практике токсикологических исследований методы изучения генотоксичности, мутагенности химических веществ, материалов, отходов и т.д. на эукариотических клетках и организмах. Эти методы входят в число обязательных тестов, рекомендованных ВОЗ для выявления мутагенных эффектов.

Регулирование безопасности генно-инженерной деятельности

В настоящее время система биобезопасности в Беларуси находится на начальных этапах формирования. Первым шагом в ее построении было создание в 1998 г. в соответствии с Постановлением Совета Министров РБ Национального координационного центра биобезопасности в качестве структурного подразделения Института генетики и цитологии НАН Беларуси. В функции Центра входят:

- сбор, анализ и систематизация информации о научных исследованиях, полевых испытаниях, ввозе/вывозе, коммерческом использовании генно-инженерных организмов и продуктов на их основе в Беларуси;

- создание, поддержание и пополнение национальной базы данных по биобезопасности;

- предоставление информации по биобезопасности заинтересованным министерствам и другим органам государственного управления, средствам массовой информации;

- обмен информацией по биобезопасности с координационными центрами других стран, международными организациями;

- обеспечение проведения научной экспертизы безопасности генно-модифицированных организмов (ГМО), использование которых предполагается на территории Республики Беларусь;

- оказание консультативных услуг министерствам и другим республиканским органам государственного управления в разработке законодательных актов и руководств по биобезопасности;

- оказание консультативных услуг министерствам и другим республиканским органам государственного управления в подготовке предложений по заключению двусторонних и региональных соглашений, в разработке международных соглашений по биобезопасности.

Сотрудниками Центра совместно с юристами предложена концепция нормативно-правовой базы для государственного регулирования генно-инженерной деятельности в Беларуси. В основу концепции положен имеющийся опыт ряда ведущих стран, существующее законодательство Республики Беларусь, сложившаяся в стране система государственного управления, обязательства по международным соглашениям. По нашему мнению, создание системы биобезопасности не должно сопровождаться появлением новых бюрократических структур. Соответствующие министерства и ведомства обязаны взять на себя дополнительные функции, связанные с безопасностью генно-инженерной деятельности. Изменения в нормативно-правовой базе должны быть минимальными.

Принципиальные положения предлагаемой концепции сформулированы в Законе Республики Беларусь «О безопасности генно-инженерной деятельности» (2006 г.). В нем определены основные понятия, задачи, направления и организационно-правовые основы государственного регулирования в области биобезопасности. К основным направлениям генно-инженерной деятельности, регулируемым законом, относятся: генно-инженерная деятельность, осуществляемая в замкнутой системе (в лабораториях, где обеспечена надежная изоляция ГМО от окружающей среды и населения); деятельность, связанная с высвобождением генно-инженерных организмов в окружающую среду; использование ГМО в хозяйственной деятельности; ввоз и вывоз ГМО. В соответствии с проектом закона для осуществления некоторых видов генно-инженерной деятельности необходимо получить разрешение соответствующих компетентных органов. Такие разрешения выдаются на основании результатов государственной экспертизы безопасности ГМО для здоровья человека и окружающей среды. В Законе представлены положения, касающиеся порядка выдачи разрешений, их пересмотра, разрешения споров, ответственности за нарушение законодательства, финансирования деятельности, связанной с обеспечением биобезопасности, положения о международном сотрудничестве. В законопроекте гарантировано право граждан на получение информации в области биобезопасности.

Система безопасности генно-инженерной деятельности, согласно проекту Закона, включает:

- государственное регулирование;
- установление и соблюдение требований безопасности по направлениям генно-инженерной деятельности;
- проведение государственной экспертизы безопасности генно-инженерных организмов;
- планирование и реализацию мероприятий по обеспечению безопасности генно-инженерной деятельности;
- осуществление государственного, ведомственного, производственного и общественного контроля в области безопасности генно-инженерной деятельности;
- ведение учета в области безопасности генно-инженерной деятельности;
- установление мер ответственности за нарушение требований законодательства в области безопасности генно-инженерной деятельности.

В законе предусмотрена трехступенчатая процедура оценки биобезопасности генно-инженерных организмов. На этапе создания ГМО ученый-генетик осуществляет выбор генов для трансгеноза, т.е.

тех генов, которые будут привнесены в генетический материал сорта, породы, штамма в процессе их улучшения. Он изучает их свойства и свойства протеинов — продуктов этих генов, сравнивает их с известными опасными генами и продуктами, анализирует возможные неблагоприятные эффекты будущих генно-инженерных организмов, содержащих отобранные трансгены, на здоровье человека и окружающую среду. После получения генно-инженерных организмов ученый проводит оценку их биобезопасности. Результаты проведенных исследований по биобезопасности он обобщает в досье о безопасности ГМО для здоровья человека и окружающей среды (по форме, утвержденной специально уполномоченными государственными органами).

Эти материалы являются предметом тщательного изучения в ходе государственной экспертизы биобезопасности генно-инженерных организмов на следующем этапе — при высвобождении генно-инженерных организмов в окружающую среду для проведения испытаний. Экспертизу биобезопасности организует Экспертный совет при Министерстве природных ресурсов и охраны окружающей среды (Минприроды). Ее проводят эксперты и лаборатории по разным областям науки: генетике, ботанике, экологии, токсикологии, аллергологии и т.д., которые включены в Национальный реестр экспертов по биобезопасности. Эксперты анализируют досье по утвержденной Совмином РБ методике, проводят необходимые исследования для проверки приведенных в досье данных.

По результатам экспертизы принимается экспертное заключение, на основании которого Минприроды дает разрешение на высвобождение ГМО в окружающую среду. В разрешении оговариваются специальные условия, которые необходимо соблюдать в ходе высвобождения. Они включают меры предупреждения распространения генно-инженерных организмов в окружающей среде, а также перечень дополнительных исследований по биобезопасности, которые надлежит провести в ходе высвобождения. Инспекторы Минприроды осуществляют контроль за выполнением перечисленных требований в соответствии с законодательством о мониторинге.

Далее отобранные по комплексу положительных признаков формы растений передают в государственное сортоиспытание. Сортоиспытание проводит Комитет по государственному испытанию и охране сортов растений при Министерстве сельского хозяйства и продовольствия (Минсельхозпрод) на сортоучастках во всех областях республики в течение 2–3 лет. При этом сорта оцениваются по целому ряду хозяйственно полезных признаков (урожайности, устойчивости к болезням, качественным признакам и т.д.). Генно-инженер-

ные сорта, которые могут быть использованы в хозяйственной деятельности в качестве продовольственного сырья, должны пройти до государственной регистрации государственную экспертизу безопасности для здоровья человека (в частности, тесты на токсичность, аллергенность и т.п.). Эта экспертиза осуществляется силами экспертов, институтов и лабораторий, входящих в систему Минздрава, НАН Беларуси, включенных в Государственный реестр экспертов по биобезопасности.

В соответствии с Законом Республики Беларусь от 9 января 2006 г. «О безопасности генно-инженерной деятельности» разработана также «*Система обеспечения безопасности*». Система включает в себя три ступени, для каждой из которых предусмотрено определенное содержание деятельности (в данном случае речь идет о генно-инженерной модификации сортов растений) и соответствующие исполнители. Приведем пример организации подобной системы.

I ступень. *Создание генно-инженерных организмов.*

1. Выбор генов для трансгеноза, изучение их свойств и свойств протеинов — продуктов этих генов, сравнение их с известными опасными генами, анализ возможных неблагоприятных эффектов будущих генно-инженерных организмов, содержащих отобранные трансгены, на здоровье человека и окружающую среду.

2. Создание генно-инженерных организмов, оценка их биобезопасности.

3. Подготовка досье о безопасности генно-инженерных организмов для здоровья человека и окружающей среды (определенной законодательством).

II ступень. *Высвобождение генно-инженерных организмов в окружающую среду для проведения испытаний.*

1. Государственная экспертиза безопасности генно-инженерных организмов для здоровья человека и окружающей среды.

2. Выдача разрешения на высвобождение генно-инженерных организмов в окружающую среду.

3. Испытание генно-инженерных организмов в условиях контролируемого высвобождения (т.е. с соблюдением мер, ограничивающих распространение генно-инженерных организмов в окружающей среде).

4. Государственное сортоиспытание отобранных по комплексу положительных признаков форм.

III ступень. *Государственная регистрация генно-инженерных сортов растений.*

1. Включение выделившихся по результатам сортоиспытания форм в список сортов-кандидатов на занесение в государственный реестр.

2. Государственная экспертиза безопасности для здоровья человека генно-инженерных сортов, которые могут быть использованы в хозяйственной деятельности в качестве продовольственного сырья (тесты на токсичность и аллергенность, существенную эквивалентность).

3. Подготовка экспертного заключения.

4. Принятие решения о включении генно-инженерного сорта в Государственный реестр сортов и древесно-кустарниковых пород.

Таким образом, нормативное регулирование генетического тестирования в Республике Беларусь является частью ее политики в области биобезопасности, охраны окружающей среды и здравоохранения населения с позиций концепции устойчивого развития.

ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИИ

Ф.Г. Майленова

Комплексный анализ последствий морального выбора

Моральный выбор как процесс

Ситуации выбора и ответственности принадлежат к числу таких проблем, решение которых имеет не только теоретическое, но и практическое значение. Именно в этой точке отвлеченная философская теория нравственности непосредственно соединяется с нормативной этикой и с реальной практикой человеческого поведения. Моральный выбор, являющийся наиболее эмоционально значимым для личности, составляет ту практическую ось в поведении, вокруг которой вращается вся нравственная жизнь личности. Также отметим, что особенность ситуации выбора состоит еще и в том, что для своего изучения она требует построения таких теоретических моделей, которые отражали бы ее в динамике, а не в статике, многомерно, а не одномерно. Моральный выбор — это не однажды свершившееся событие, а процесс, который происходит во внутриличностном пространстве постоянно: нельзя выбрать раз и навсегда, и даже в тех случаях, когда наблюдается некая иллюзия постоянства, это означает лишь, что человек сознательно удерживает себя в выбранной точке, и это удерживание самого себя, отказ от изменений также является выбором. Так как порой это кажущееся спокойствие и неизменность может стоить больших усилий — нравственных, интеллектуальных и эмоциональных, не удивительно и традиционно высокая оценка такого постоянства.

В целом моральный выбор — деятельность, в которой огромная роль принадлежит внерациональным компонентам сознания: чувствам, переживаниям, привычкам, интуиции. Тем не менее необходимость рационального подхода к этому процессу очевидна, и усиление рационального компонента представляется возможным именно

за счет более глубокого познания нерациональных аспектов с помощью рефлексии. Такое познание происходит как средствами академической науки с помощью разработанных теорий и методик, так и эмпирическим путем, через изучение человека в конкретных ситуациях морального выбора.

Всякий выбор — это реализация одной выбранной возможности и устранение всех остальных. Выбирая — порой в итоге долгих мучительных размышлений, человек должен решить, что же из существующих потенциальных возможностей он сделает реальностью, причем муки выбора связаны именно с осознанием неизбежной потери, особенно если приходится выбирать между двумя и более равными по значимости ценностями. «Решение неизбежно содержит в себе отказ: у любого “да” есть свое “нет”, каждое принятое решение уничтожает все остальные возможности. Корень слова “решить” (decide) означает “убить”, как в словах “homicide” (убийство) и “suicide” (самоубийство)»¹, — считает Ирвин Ялом.

Откладывая момент принятия решения, человек пребывает в иллюзии, что в его распоряжении все мыслимые возможности одновременно, и нежелание расставаться с кажущимся всемогуществом в итоге приводит к полному отсутствию выбора.

Между тем любая ситуация выбора имеет свою собственную историю развития, и лишь на некоторое время для ситуации в целом может быть безразлично, какой вариант будет выбран — затем период равенства возможностей уходит и следующая точка — точка выбора, которую нельзя пропустить, в которой еще представляется возможность сделать решающий шаг. «Чем больше упущено времени, тем труднее становится выбор, так как душа все более и более сродняется с одной из частей дилеммы и отрешиться от этой последней становится для нее все труднее и труднее, а между тем это необходимо, если выбор должен иметь хоть мало-мальски решающее значение»². Если не воспользоваться этим моментом, ситуация не вернется к начальному этапу равенства возможностей — она будет развиваться дальше и за человека выберет, как говорится, сама жизнь. В таком случае он уже не просто не обладает всем веером возможностей, как вначале — он не обладает даже той единственной, которая могла бы стать выражением его сущности, если бы он не упустил момент.

Еще одна причина подобной ошибки уклонения от выбора, столь часто совершаемой, — недостаточно полное представление о природе человека, которая представляется чем-то постоянным, как будто сегодняшний выбор можно отложить на завтра и ничего при этом не изменится. Между тем «поздно» может стать не только потому, что

внешние обстоятельства видоизменились, но еще и потому, что сам человек, его собственная личность трансформировалась за тот период, пока он откладывал решающий шаг, и опять-таки выбор уже сделан как бы без него — т.е. фактически без участия его воли и сознания, какими-то темными (неосознаваемыми) частями его существа. В таких случаях человек может говорить: «Сам не знаю, что на меня нашло...». Поступки, совершаемые в подобном состоянии, могут казаться совершенно бессмысленными и даже деструктивными, и лишь глубокий последовательный анализ показывает, что причины все-таки были — они были достаточно глубоко скрыты и зачастую оказывались не соответствующими каким-то принципам, нормам и ценностям, которые принято декларировать вслух. Человек может искренне считать, что для него самая важная ценность — это семья и благополучие его близких, а сам при этом совершает поступки, разрушающие семью и доверие к нему со стороны близких. Как он объясняет для себя подобные вещи, что им движет на самом деле — материал для работы не только этика, но и психолога, т.к. требуется анализ не столько «должного», сколько «сущего».

Мало кто может искренне признаться в том, что ему, например, на самом деле хочется сделать больно близкому человеку — скорее он будет говорить, что забыл, перепутал, само так получилось и т.п., а между тем такие мотивы вполне могут возобладать и повлиять на результирующую выбора. Спohватившись же, даже осознав это и решив все исправить и переделать, человек взваливает на себя задачу гораздо более сложную, чем она была вначале, т.к. выбор, однажды совершенный (пусть неосознанно), уже живет своей жизнью — он уже стал реальностью, и для того чтобы ее изменить, требуется огромная душевная работа.

Помощь в совершении выбора: ассистированный моральный выбор

По большому счету, психологическая помощь необходима как раз в тех случаях, когда выбор, некогда сделанный человеком, оказался ошибочным, и он сам уже не может самостоятельно справиться со всеми последствиями. Впрочем, строго говоря, абсолютно ошибочных выборов не бывает, любой выбор может быть полезен в каком-то контексте, поэтому будет более точным назвать такой выбор не вполне удачным или ограничивающим. Чаще всего корнями такой выбор уходит в прошлое, нередко в раннее детство человека, и выяснение

его причин — это задача первого порядка, которую мы называем работой с проблемой. Однако после того, как будут осознаны и скорректированы последствия какого-то выбора в прошлом, необходимо сделать новый выбор, который будет влиять на дальнейшие события. Фактически та точка, в которой человек находится сейчас, представляет собой зародыш будущей ситуации, и от того, насколько точно будут учтены все возможные эффекты, зависит его будущее.

Для того чтобы грамотно и эффективно преодолевать ситуацию выбора, важно уметь учитывать все последствия последнего, причем эти последствия могут носить как материальный, так и духовно-нравственный характер. Помощь профессионала в таких случаях заключается прежде всего в том, чтобы создать выбирающему такие особые условия, в которых тот сможет учесть не только все аспекты желаемого результата, но и все возможные последствия (положительные и отрицательные). Особенностью такого выбора является то, что он осуществляется клиентом *совместно* с консультантом, который помогает, сопровождая его в процессе принятия решения. Однако сказанное вовсе не означает, что выбор становится несамостоятельным, т.к. психолог помогает принять решение, а то и вовсе решает за клиента. Помощь консультанта состоит именно в том, что он помогает *в процессе* принятия решения, не влияя, однако, на само решение. Речь идет о *поддержке*, которую клиент получает от консультанта в тех случаях, когда он не может самостоятельно изучить и осмыслить сложившуюся у него проблемную ситуацию, выбрать оптимальный способ реагирования, учесть все возможные эффекты и т.п. Далее, когда клиент осознал всю полученную информацию, его оставляют наедине с проблемой, чтобы он смог самостоятельно совершить выбор, который максимально подходит к данной конкретной ситуации. Такой выбор мы называем «*ассистированным моральным выбором*».

Позиция психолога-консультанта обладает некоторой двойственностью: с одной стороны, он активный участник жизненной истории клиента, зачастую хранитель самых сокровенных тайн, а с другой — наблюдатель, который, хотя и помогает как профессионал, тем не менее находится в стороне, по возможности не вовлекаясь эмоционально в жизненные коллизии клиента, лишь побуждая последнего к самостоятельным решениям и поступкам. Эти взаимоотношения между клиентом и консультантом являются весьма сложными с нравственной точки зрения. У клиента, который обратился за помощью, зачастую бывают ожидания, что ему не просто все объяснят, но и подскажут, как поступать и жить дальше. Однако психолог, помогая клиенту понять и осмыслить происходящее, тем не менее не может (и не

имеет права) решать за него, давать какие-то конкретные советы, предлагать решения, т.к. жизнь клиента — не его жизнь, и вторжение в чужое личностное пространство должно происходить лишь по взаимной договоренности.

Таким образом, на определенном этапе, как это ни парадоксально, помощь психолога предстает в форме отказа от прямой помощи в виде готовых решений и указаний. По-настоящему «работающим», подлинным может быть лишь то решение, которое принято самостоятельно. Клиент также постепенно учится понимать, что за конечный результат психотерапии он несет ответственность сам, потому что даже если решение было принято совместно с консультантом, претворять его в жизнь придется ему.

Очевидно, что нравственная ответственность консультанта, участвующего в процессе принятия важных судьбоносных решений других людей, весьма высока: она требует от самого консультанта умения не только реализовывать собственную ответственность, но и осознавать границы ее. Очень важно уметь чувствовать тонкую грань между той частью ответственности за ситуацию, которая лежит на консультанте, и той, что лежит на самом клиенте. Разумеется, хотя роль психолога в процессе принятия решения весьма важна, тем не менее окончательное слово — за клиентом, т.к. это его судьба решается в данный момент и дальше по выбранной дороге идти ему. Задача же психолога сводится к тому, чтобы «удалось довести человека до перекрестка и поставить его так, что он принужден избрать какую-нибудь из лежащих перед ним дорог, а там уж он, наверно, выберет надлежашую»³.

Особенности работы с эффектами (последствиями) морального выбора

Работая над достижением цели (будь то освобождение от зависимости, достижение спокойствия, улучшение взаимоотношений в семье и т.д.), важно помнить о том, что кроме в реальной жизни обязательно произойдут еще так называемые *эффекты* — те события, которые не были запланированы, но тем не менее произошли в результате выбора.

Эффекты можно условно разделить на две категории: позитивные и негативные. Положительные эффекты — это те дополнительные события, которые желательны и даже могут в какой-то степени считаться более высокой целью по отношению к достигаемой цели (например, молодой человек, поступив в престижный вуз, не только

получит хорошее образование и диплом, но еще приобретет много новых друзей, а возможно, встретит свою любовь; а по окончании ему откроются возможности получения хорошей работы с высокой оплатой, что позволит ему достигать других целей в своей жизни). Такие позитивные эффекты после их изучения и осмысления могут служить дополнительной мотивацией для достижения цели (например, для поступления в вуз надо преодолеть собственную лень и хорошо подготовиться к вступительным экзаменам – понимание того, что сегодняшний распорядок дня влияет на всю дальнейшую жизнь, помогает собраться и приняться за работу не откладывая).

Негативные эффекты – это те нежелательные события, которые также могут произойти вследствие достижения поставленной цели. Таковыми могут оказаться ухудшение взаимоотношений с близкими, потеря каких-то плюсов сегодняшнего положения – например, уехав в другой город, а тем более в другую страну, придется смириться с тем, что часть старых друзей потеряется навсегда, а может, ценой за достижение цели может оказаться здоровье – свое или кого-то из близких. Собственно, любой выбор, после того как он сделан, как бы уничтожает другие выборы, а с ними и все плюсы, которые могли бы быть. В таких случаях задача психолога – помочь клиенту как можно яснее представить себе все возможные негативные эффекты и заранее продумать, как он будет к ним относиться. Если оказывается, что клиент не готов платить такую цену, то лучше найти другие, более приемлемые средства для достижения цели, либо переформулировать саму цель, так чтобы она гармонировала с личностью клиента в целом.

Психотерапия, организованная таким образом, позволяет предвидеть – не только рационально, но и эмоционально, каковы будут последствия выбора, совершаемого человеком. В обычной жизни человек не может учесть всех последствий своего выбора: в лучшем случае он может рационально просчитать ту часть события, которая доступна его осмыслению сегодня, с сегодняшней позиции. Оценивать рационально будущие обстоятельства, которые состоят не только из нашей рефлексии по их поводу, а так же, как сегодняшние, еще и из внешних и внутренних (наших эмоций, настроений) обстоятельств, весьма сложно по следующим причинам.

1. Выбор совершается сегодня, при сегодняшних обстоятельствах (внешних и внутренних), а последствия его скажутся позднее, когда все обстоятельства изменятся, и представлять их необходимо не из сегодняшнего состояния, а из того, каким оно будет там, в будущем. Точка отсчета должна лежать не в настоящем, а в будущем, которое необходимо смоделировать максимально приближенным к тому, каким оно будет.

2. Человек в основном оценивает поступки, уже совершенные, и может дать окончательную оценку лишь тому, что уже сделано. Этика может помочь выбрать наилучшее на уровне мотивов, и личность всегда выбирает наилучшее в зависимости от своей системы ценностей на данный момент. Однако, несмотря на относительную устойчивость, нравственные ценности могут со временем изменяться, и то, что казалось идеальным решением вчера, завтра может казаться чуть ли не ошибкой. Так что человек нуждается в дополнительных знаниях, помогающих ему предвидеть оценку поступка, который он только собирается совершить, и вероятная его этическая оценка неопределенна. Уповать в таких случаях лишь на этический анализ недостаточно, т.к. даже нравственно развитая личность не застрахована от ошибок в выборе, когда речь идет о событиях будущего. В таких ситуациях этические аргументы нуждаются в дополнительном подкреплении в виде специальных психологических знаний, способных помочь личности учесть при выборе максимальное количество факторов.

3. Человек выбирает, исходя из своего сегодняшнего состояния: чувств, мыслей, потребностей, пристрастий и т.п. Однако никто не знает, как изменится его личность спустя какое-то время — вполне возможно, что к тому времени, когда будут сказываться последствия сегодняшнего выбора, воспринимать их будет уже совершенно другой человек с другими характерологическими особенностями. Вряд ли возможно постичь самого себя таким образом, чтобы предсказать возможные будущие изменения в глубинной структуре личности... Большая часть разочарований в связи со «сбывшимися» желаниями объясняется именно неспособностью предвидеть внутренние изменения, происходящие с человеком с течением времени: к тому моменту, когда мечта сбывается, она оказывается уже не столь желанной. Достижение каких-то профессиональных вершин (защита диссертации, получение званий, степеней, высоких должностей), знакомство со знаменитостью, создание семьи, поездка за границу и многое-многое другое — все эти события, превратившись из мечты в реальность, со временем претерпевают изменения в оценке своей значимости. Часто оказывается, что те надежды, которые возлагались на достижение каких-либо целей, не оправдались: либо достижение цели было оплачено слишком высокой ценой, либо — как уже говорилось выше, они стали не столь ценными, как когда-то, либо надежды оказались несбыточными.

Расширение возможностей морального выбора с помощью этики и психологии

Сделать так, чтобы усилия по достижению жизненных целей не просто приводили к успеху, но и сохраняли свою ценность по достижению, не влекли за собой глубоких разочарований — достойная задача для практической психологии. Разумеется, человек — существо сложное и изменчивое, поэтому стоит сразу отказаться от стремления точного предсказания его поведения во всех деталях, однако познание и самопознание возможны.

В первую очередь, вспомним о том, что человек, его сознание не сводится лишь к рациональной его части. То, что недоступно рациональному знанию при простом размышлении, может оказаться доступным другими способами. Феномены «вещих» снов, предчувствий, неких неясных внутренних сомнений или, напротив, ни на чем, казалось бы, не основанной уверенности довольно часто описываются не только в художественной, но и в философской литературе. Однако доступ к такому знанию, которое можно еще, пожалуй, назвать интуитивным, или глубинной, скрытой мудростью, возможен.

Привычка современного человека принимать всерьез лишь логические выкладки, не обращая внимания на те «неясные», неопределенные знаки и символы, которые посылает бессознательное, послужила не самую лучшую службу. Тем не менее в определенных состояниях, которые мы называем «измененные состояния сознания», эти знаки могут стать более ясными и четкими. Наше бессознательное работает всегда. Обычно оно занято переработкой информации (мыслительной или эмоциональной), полученной извне (переживания, мысли, идеи и т.п.), причем порой результаты этой работы могут оказаться и негативными для человека — если постоянно воспроизводятся и углубляются какие-то негативные чувства, что бывает при неврозах и навязчивых состояниях. Навязчивые негативные мысли могут привести не только к испорченному настроению, но и к серьезным нарушениям здоровья, т.к. запускают определенные бессознательные механизмы. К счастью, это свойство нашего сознания можно использовать и с обратным знаком — через воздействие на эмоциональные состояния посредством внушения различных позитивных установок, вступив тем самым в конструктивный диалог с бессознательным.

Под «бессознательным» мы подразумеваем не просто ту часть личности, которая не контролируется сознанием. Скорее, в это понятие мы вкладываем понимание организма в целом, объединяющее рацио-

нальное и интуитивное, как некую основу личности в целом. Данное определение перекликается с предложенным В. Франклом понятием «подсознательной духовности», которая «содержит источники и корни всего сознаваемого». Так что, согласно Франклу, «“Я” не находится во власти “Оно”, но дух покоится на бессознательном»⁴. Он полагает также, что основы совести надо искать в области иррационального, или бессознательного, т.к. «большие и подлинно экзистенциальные решения в жизни человека всегда неререфлексируемы и тем самым неосознанны; истоки совести восходят к бессознательному»⁵. Отличие сознания в том, что ему открыто сущее, которое доступно рациональному познанию. Совесть же апеллирует не к сущему, а к должному, к тому, что может (и должно) быть осуществлено, проявляя необходимость другого порядка, нежели материальную — духовную или моральную. Собственно, знание о том, каким должен быть человеческий выбор — это не только рациональный подсчет всех «плюсов» и «минусов», а еще и интуитивное постижение нравственной основы выбираемого варианта, что возможно лишь при глубоком постижении в самую суть человеческой личности.

Можно утверждать поэтому, что именно совесть как нравственный механизм может при принятии важных решений помочь избежать роковых ошибок, за которые стало бы впоследствии «мучительно стыдно», помочь сохранить целостность личности. «Только совесть может как бы согласовать “вечный”, всеобщий моральный закон с конкретной ситуацией конкретного человека. Жизнь по совести — это всегда абсолютно индивидуально-личная жизнь в соответствии с абсолютно конкретной ситуацией, со всем тем, что может определять наше уникальное и неповторимое бытие. Совесть всегда учитывает конкретность моего личного бытия»⁶.

Максимально полное предвидение всех последствий выбора возможно лишь при одновременном использовании как рациональных, осознаваемых, так и неосознаваемых ресурсов личности. С помощью рассудка можно знать то, что уже как-то пережито в реальном опыте, желателно поведенческом. Впрочем, интеллектуальное осмысление как некое предвидение, «мысленная подготовка» также может быть эффективным. Когда же речь идет о выборе в совершенно неизведанной области и человек как бы делает шаг в полную неизвестность, ориентирами для него могут служить лишь общечеловеческие нравственные ценности. Правда, тут может возникнуть (и нередко возникает) проблема выбора между различными ценностями, каждая из которых требует абсолютного соблюдения. Не секрет, что многие делают выбор отнюдь не в поль-

зу абстрактной морали, т.к. реальные, «осязаемые» земные ценности кажутся ближе. Тут важно еще не только что человек выбирает, но и как он совершает выбор. Например, можно, руководствуясь высшими нравственными принципами, искалечить чью-то судьбу лишь потому, что ситуация не «вписывается» в готовые моральные нормы; а можно, руководствуясь простым «приземленным» желанием заработать много денег, «попутно» сделать много хороших полезных дел, в том числе содержать престарелых родителей и дать хорошее образование детям.

Так что одной лишь устной декларации, когда человек заявляет, что для него главное — чистота помыслов и духовный рост, недостаточно для того, чтобы и он сам, и другие люди, находящиеся рядом с ним были счастливы. Более того — зачастую за такими громкими лозунгами с требованием жить духовной жизнью и не желать земных благ скрывается неумение (и нежелание) реализовать себя в профессиональной области и отвечать за себя и за собственное благосостояние. Так что такие высокодуховные люди зачастую спокойно живут за счет других, куда менее духовных друзей или близких, которых еще и презируют порой за приверженность к «земному», т.е. грязному и недостойному... О нравственной и интеллектуальной деградации личностей, посвятивших себя такой «псевдо-духовности», автор писала на страницах журнала «Здравый смысл»⁷.

Полноценная, разносторонне развитая личность пристраивает свою жизнь на всех уровнях: начиная от бытового и поведенческого и заканчивая уровнем ценностей и собственной миссии. Очень важно, чтобы поступки, из которых соткана реальная ткань жизни человека, соответствовали тем жизненным ценностям и убеждениям, которые человек считает «своими» — в противном случае внутренний разлад рано или поздно скажется на душевном (а также физическом) здоровье, на всем жизнеощущении.

Бывает, что какие-то элементы опыта человека остаются несвязанными с другими, существуют как бы автономно. Например, человек хочет реализовать свои таланты в какой-то деятельности, но абсолютно не представляет себе, каким образом он будет этого достигать: сколько потребуется времени на обучение, какого рода усилия с его стороны необходимы для того чтобы преодолевать возникающие на пути препятствия (обычно нет даже приблизительного представления о том, каковыми они могут быть — из-за этого человек может «сломаться» и свернуть с пути при первых же возникших трудностях), а также как отразится достижение цели на его близких, на его собственном ощущении «Я».

При серьезных изменениях, которые неизбежны после принятия судьбоносного решения, очень важно заранее с максимальной возможной полнотой увидеть и прожить это будущее. Психолог-консультант в конце сеанса обязан провести проверку на то, прошла ли полная интеграция всех произведенных изменений у клиента. Для этого служат специальные вопросы, вскрывающие как настоящее состояние (насколько хорошо и гармонично чувствует себя клиент сейчас), так и предполагаемое будущее, как он представляет свою дальнейшую жизнь — важно представить ее максимально подробно, во всех возможных деталях. Техники, помогающие человеку «переместиться» во времени, служат подобной проверке.

Для этого клиенту предлагается максимально сосредоточиться на том, что является желаемой целью (порой для этого приходится использовать техники наведения транса), войти в пространство, в котором он сможет пережить ее как бы уже из прошлого (используя формы глагольных времен) и задать ему вопросы: «Какие еще неожиданные, непредусмотренные эффекты вы обнаружили сейчас, когда уже достигли своей цели? Как вы к ним относитесь? Можно ли было их предусмотреть? Те эффекты, которые вы считаете негативными — что можно было сделать в прошлом, чтобы их не было?» С помощью таких вопросов клиент внутренне переносится в то время, когда он сможет смотреть на тот кусок будущего уже как на прошлое⁸. А как уже говорилось выше, этическая оценка прошлого гораздо более доступна из настоящего. Человек всегда лучше знает, как можно было бы поступить тогда. Пережив максимально полно ту ситуацию и рассмотрев все возможные последствия (а в измененном состоянии сознания человек действительно может перенестись и в прошлое, и в будущее, и пережить их по-настоящему), получив ответы на все вопросы, можно снова возвращаться в настоящий момент. Однако теперь клиент обладает информацией гораздо более полной, чем когда он лишь приблизительно думал о будущих последствиях своего выбора. Он сам, с помощью собственной интуиции и нравственных чувств, уже дал оценку своему будущему поступку и сам может дать себе наилучший совет.

Нередко в таких случаях клиент отказывается от принятого решения — если его не устраивают последствия, которые он увидел, «побывав» в будущем, либо он обнаруживает какие-то новые варианты достижения цели, которые смогут помочь избежать нежелательных эффектов. Таким образом, используя эриксоновский (недирективный) гипноз можно помочь человеку получить доступ к его бессознательному знанию и привлечь к приня-

тию сложных решений не только рациональную, но и интуитивную часть сознания. Как уже говорилось выше, одним из механизмов интуитивного постижения действительности в ситуации выбора является совесть, которая «коренится в подсознательной основе. Ведь большие и подлинно экзистенциальные решения в жизни человека всегда нерелексируемы и тем самым неосознаны; истоки совести восходят к бессознательному»⁹. Обычно после такого «путешествия в будущее» все становится настолько ясно, что уже не требуется долгих мучительных размышлений, и выбор совершается как бы сам собой.

Другая часть вопроса — мы привыкли думать, что главное это внешние события, и наша ответственность распространяется в основном на то, как все будет происходить «на самом деле». Смещение оценки событий на их практический аспект, с одной стороны, правомерно, т.к. отражает изменившиеся реалии в обществе — внешний мир стал более жестким и прагматичным, чем раньше, и не замечать этого мы не можем. Однако при этом мы упускаем из виду то обстоятельство, что в чистом виде «внешних» событий не бывает, мы все события воспринимаем через призму наших представлений, в которые входят не только наши знания о мире, но также и все моральные нормы, эмоциональные состояния, и поэтому на оценку всех событий влияет прежде всего внутреннее состояние того, кто оценивает. Поэтому при анализе будущего события необходимо думать не только о том, что будет происходить во внешнем мире, но и о том, как мы хотели бы относиться к этим событиям. Иногда достаточно изменить отношение к происходящему, и все будет представляться (и происходить!) совершенно по-другому. Так что при «путешествии» в прошлое или будущее часто используется приемы, направленные на изменения именно отношения к происходящему, увеличению числа выборов внутри самого человека. Чем больше у человека выборов, тем больше его свобода, тем лучше он будет ориентироваться даже в самых сложных ситуациях. Каждый конкретный жизненный случай может быть настолько индивидуальным, что от личности требуется не столько слепое следование нравственным нормам, сколько способность самостоятельно разобраться в сложной ситуации и сделать правильный выбор не только между добром и злом, а порой и между добром и добром (между разными ценностями) или злом и злом (выбрав наименьшее).

Последствия морального выбора индивидуума для его взаимоотношений с близкими. Проблемы взаимопонимания

Одной из проблем, которые могут возникнуть у человека в последствии изменений в его личности вследствие психотерапевтического вмешательства, неизменно оказывается непонимание близких, которые привыкли к нему прежнему и не могут воспринимать его «новым». Так как многие сценарии, которые проигрывались в течение всей предыдущей жизни, начинают ломаться, могут возникнуть различные конфликты. Коммуникация — это система, состоящая из множества элементов, и изменение одного из элементов с неизбежностью влечет изменения во всей системе в целом и, соответственно, — в других элементах этой системы. Именно на системном мышлении основаны психотерапевтические техники, помогающие справиться с семейными проблемами — как правило, к консультанту приходит лишь один из членов семьи, и, если нет возможности поработать со всеми (а чаще всего ее нет), приходится ограничиться одним человеком и воздействовать через него на всю семью. В тех случаях, когда это воздействие запланировано, клиент заранее готов к нему, ему легче приспособиться к изменениям во взаимоотношениях с близкими. Однако бывает, что в результате решения проблемы, как будто не относящейся ни к кому из ближайшего окружения клиента (например, нерешительность и чрезмерное волнение при публичных выступлениях), внезапно обнаруживается, что другие стороны его личности также изменились. Это происходит потому, что человеческая личность представляет собой сложную систему взаимосвязанных между собой частей: изменение в одной обязательно сказывается на всех остальных, и не всегда можно с точностью до деталей предсказать и подготовиться ко всем возможным изменениям. Например, если взять случай с публичными выступлениями, приобретенную уверенность и даже некоторую напористость, необходимую при таких выступлениях, человек может автоматически перенести в свою личную жизнь, и близкие, привыкшие к его уступчивым манерам, тихому голосу и мягким интонациям, могут серьезно пострадать от его новоприобретенных навыков. Возможно, что они любили и ценили в нем именно те качества, которые ему мешали в работе — мягкость, уступчивость, нежелание (или неумение) спорить и повышать голос. И вот теперь человек сходил к психологу, стал увереннее чувствовать себя на работе, а дома — нелады.

Можно ли было это предвидеть? По всей видимости, можно. Это зависит, с одной стороны, от профессионализма и добросовестности психолога, который должен много раз проверить, насколько этичны те изменения, которые он собирается произвести и предупредить клиента о том, что подобные «побочные» эффекты возможны. Подробная проверка по окончании сеанса с переносом в будущее время позволяет самому клиенту максимально подробно представить возможные последствия и подготовиться к ним. Он должен обязательно подумать, готов ли он с ними мириться, приняв их как некую «плату» за свои изменения, либо он будет заранее корректировать свое поведение с учетом возможных нежелательных «минусов» заранее, еще до того, как он покинет кабинет психолога.

Однако в общении людей всегда присутствует элемент неопределенности, т.к. любой человек – гораздо более сложная система, чем в состоянии представить себе даже самый осведомленный консультант, поэтому какие-то сложности во взаимопонимании с другими людьми могут возникнуть даже при самой добросовестной работе.

О роли и значении взаимопонимания в общении можно говорить бесконечно много, т.к. минимальное понимание хотя бы в информационном смысле является тем необходимым условием, без соблюдения которого общение попросту не может состояться. Однако говоря о межличностном общении, следует отметить, что тут подразумевается также своеобразное понимание, которое не исчерпывается просто правильной передачей информации одного человека другому и правильным ее восприятием. Необходимо, кроме этого, еще и совпадение уровней общения, т.к. на каждом уровне существует свой язык, свои правила, несоблюдение которых может привести к полному непониманию партнерами друг друга, а в исключительных случаях – и к конфликту.

Можно, наверное, без преувеличений сказать, что причиной большинства межличностных конфликтов является именно непонимание. Даже при наличии действительно объективной причины для разногласий умение разобраться в ситуации и прояснить позиции каждой стороны порой оказывается решающим в развитии конфликта: если стороны продолжают «слышать только себя», даже не пытаясь поставить себя на место другого, понять потребности, мысли, чувства другого, конфликт, скорее всего, будет обостряться; если же хотя бы одна из конфликтующих сторон попытается взглянуть на ситуацию объективно и ищет конструктивный выход из сложившейся ситуации, при наличии доброй воли и действительного желания выйти из конфликта выход будет най-

ден. Оговорка, что желание выйти из конфликта должно быть действительным, а не просто декларируемым, не случайна: существуют самые разные формы конфликтов, и некоторые из них складываются так, что становятся чуть ли не единственной формой существующих взаимоотношений. Так, нередко отношения в супружеской паре усложняются (порой доходит даже до развода) после того, как один или оба супруга обращаются за помощью к психотерапевту или в службу семьи (семейную консультацию). Это происходит потому, что после бесед, проведенных психологом, конфликт из скрытого, вытесненного в подсознание, становится явным, развенчиваются иллюзии, оказывается, что на самом деле супруги жили каждый в своем мире, и не было ни духовной близости, ни взаимопонимания, хотя всю глубину этого непонимания они познали лишь теперь, разобравшись в своих отношениях.

Во избежание подобных непредвиденных драм в обязанности психолога входит не только предупреждение клиентов о возможных последствиях тех изменений, которые их ожидают. В его задачу входит также подготовка клиента к жизни в новых условиях, с учетом будущих изменений и, следовательно, новых взаимоотношений с другими.

В различных психологических тренингах, в которых у участников происходят значительные изменения во взглядах за достаточно короткое время, применяется метод своеобразного договора: с участников берут подписку, что они не будут ни разводиться, ни создавать новую семью в течение полугода после прохождения группы. Это делается с целью предостеречь людей от скоропалительных решений, которые могут быть приняты на эмоциональной подъеме сразу после тренинга. С течением времени проходит интеграция и переоценка ценностей — и старые, и вновь усвоенные ценности занимают свое место во внутренней иерархии и человек уже может принимать серьезные решения спокойно, с большей ответственностью. Предупреждение же, полученное в начале от ведущего группы (и принятое участником как некое правило), помогает не только воздержаться от необдуманных поступков в первый период после тренинга, но еще и от негативных эмоций и состояний, возможных спустя какое-то время: эйфория проходит, праздник забывается, и человек постепенно возвращается в обычную жизнь с ее будничными заботами и тревогами, в которой далеко не каждый обращается с ним с тем пониманием и поддержкой, как это делал психолог... Знание о том, что такой период — так же закономерен, как и эйфория сразу после, помогает пережить его без разочарований и воспринять его не как возврат к старому и регресс (как порой бывает), а как новую точку развития: теперь

нужно учиться самостоятельно достигать тех же результатов, что и с психологом, сталкиваясь то и дело с людьми, которые совершенно не понимают и не хотят понимать тех изменений, что с ним произошли. Все сказанное справедливо и для индивидуальной терапии — для того чтобы адаптироваться в «обычной» жизни, часто приходится проходить через непонимание и даже отчуждение со стороны близких. Причин для этого может быть множество, и одной из психологических, физических, нравственных причин непонимания является то, что «в реальной жизни нет и двух людей, опыт которых полностью бы совпадал. Естественно, что, пользуясь своим опытом, каждый из нас создает отличную от других модель общего для нас мира и живет, таким образом, в несколько иной реальности. Под влиянием воспитания в семье, в школе, под воздействием принятых в обществе критериев и мнений человек создает в своем сознании установки и в сходных ситуациях пользуется ими, как некими шаблонами»¹⁰. Восприятие мира и других людей «в чистом виде» доступно, пожалуй, лишь новорожденным младенцам и мудрецам, или просветленным, получившим доступ к высшему знанию. Обычному же человеку эти шаблоны необходимы для того, чтобы адаптироваться к миру, к культуре, к «своему кругу» — к некой референтной группе, чьи оценки и мнения для него значимы. Так что, разделяя ценности и представления окружающих людей, человек научается быть похожим на других, однако оборотная сторона этого процесса — он начинает думать, что другие похожи на него. Так появляются готовые представления, мнения — шаблоны. Чем меньше человек склонен к самоанализу, тем больше поступков он совершает под влиянием шаблонов, предпочитая не видеть, не слышать ничего того, что нарушало бы его установившуюся картину мира. Такой человек способен понять другого только в том случае, когда другой на него похож или, по крайней мере, «вписывается» в его представления о людях. Если же близкий или хорошо знакомый человек вдруг начинает вести себя не так, как раньше, это беспокоит и даже пугает, т.к. нарушает заведенный порядок.

Впрочем, многие даже не подозревают о глубине той пропасти, которая разделяет их от других людей. Видимо, существуют психологические механизмы, подкрепляемые существующими конвенциональными нормами, направленные на сохранение общности между совершенно разными по психическим и другим параметрам людьми, вследствие воздействия которых люди склонны преуменьшать различия между собой и другими. Например, даже рассказывая о какой-либо совершенно уникальной ситуации, которую ему пришлось пе-

режить, человек нередко добавляет (искренне считая, что это действительно так): «Как у всех, у меня...» Так же в понимании другого человека: пережив какую-то жизненную ситуацию, внешне схожую с той, которую переживает другой, человек зачастую уверен, что он полностью понимает другого человека, знает, что он думает, чувствует, и даже как он, этот другой, поступит в последующем — ему представляется совершенно ясным.

Существующая традиция восприятия другого как себе подобного распространена столь широко, что полностью оспаривать ее нет смысла, тем более в большинстве случаев она действительно «работает». В связи с этим можно вспомнить «золотое правило нравственности», формирующее как бы тот минимум, необходимый для того, чтобы отношения людей между собой были подлинно человеческими, хотя, опять же, это всего лишь минимум, правило, необходимое в нормальных, обычных ситуациях, когда мораль как бы приспосабливается к несовершенству нашей жизни, не выходя в то же время за ее пределы. А ведь мораль призвана не просто описывать жизнь так, как она есть, и объяснять, почему она такова; она в то же время призвана обозначать горизонты, учить человечество, каким оно должно быть, и высшая нравственность предполагает именно выход за привычные пределы.

Так что человек, решившийся на тот или иной поступок, являющийся с точки зрения обыденной морали необычным, рискует остаться непонятым или понятым неверно: ведь, как уже говорилось выше, идентификация, или взаимное уподобление людей друг другу, является первым шагом и зачастую остается основной схемой, по которой люди пытаются понять или хотя бы интерпретировать чужие поступки. Так как наиболее распространенным способом мотивации (и следовательно, интерпретации) в последнее время считается польза, материальная выгода, можно сказать, что человек, совершающий поступок, руководствуясь одними лишь нравственными соображениями, должен быть готов к тому, что его не просто не поймут, но и припишут ему самые корыстные мотивы: ведь в «чистом виде» нравственность абсолютно невыгодна и даже вредна (с точки зрения материальных интересов), и надо обладать незаурядным мужеством, чтобы, зная заранее, что никто не поймет и не оценит, не рассчитывая на благодарность, сознательно идти на риск.

Как известно, человеческие поступки порождаются не единственным, а сразу несколькими, порой противоположными мотивами: разница состоит лишь в том, какой из множества мотивов

является доминирующим или считается за «истинный». Способы интерпретаций поступков бывают самыми различными, в зависимости от степени осведомленности о душевной жизни человека: либо приписываются примитивные, стандартные мотивы, либо возвышенные, высоконравственные, либо же «разоблачающе-психологические» — попытки «докопаться» до глубинных, подсознательных влечений и устремлений... Зависит выбор того или иного способа интерпретации своих и чужих поступков также и от нравственного уровня самого человека — ведь все судят о других, ориентируясь на знание себя, и другому в той или иной степени приписываются те мотивы, которые знакомы по личному опыту. Правда, существует разница в способах интерпретации чужих и своих поступков: большинство склонно выбирать более нравственные мотивы, говоря о себе, и гораздо более «низменные» приписываются другим, особенно если этот другой лично неприятен. При совершении благородных поступков человек предпочитает думать, что он совершил его совершенно бескорыстно; если же то же самое сделал другой, совершенное объясняется либо удачными обстоятельствами, либо скрытыми эгоистическими интересами, желанием выделиться, порисоваться и т.д. Если же случается интерпретировать какой-либо не очень нравственный поступок, другой подвергается осуждению по всей строгости морали, себя же люди склонны прощать (хотя бы со временем), объясняя опять же неудачными обстоятельствами, плохим самочувствием и, наконец, тем, что те, с кем так нехорошо обошлись, на самом деле не очень нравственны сами. Последнее может трансформироваться в сознании до такой степени, что со временем вместо угрызений совести может появиться нечто похожее на удовлетворение, т.к. содеянное в свете последних размышлений о недостатках и пороках «потерпевшего» начинает казаться чуть ли не справедливым возмездием. Даже догадываясь об истинных причинах своих поступков, человек все равно будет объяснять их благовидным образом.

Можно сказать, что потребность если не быть, то хотя бы выглядеть нравственным лежит в глубинах человеческой психики и является причиной множества несоответствий и несовпадений между оценкой своих и чужих поступков. Понять поступки других людей возможно лишь путем приписывания им мотивов, причем, несмотря на глубоко субъектно-личностный характер, мотивы также являются предметом конвенционального использования в каждой субкультуре, зависят от конкретной эпохи, существующих традиций, культурных предпочтений.

Для того чтобы придать мотивам приемлемый, правдоподобный характер, в психике существует механизм рационализации, позволяющий нелепые или неуместные поступки истолковывать так, чтобы они выглядели пристойными. Рационализируя, люди способны создавать сложнейшие интеллектуальные системы, оправдывающие их поведение, и поэтому часто открыто признаваемые намерения не совпадают с «реальными» или представляют лишь часть их, в том числе в силу того, что мотивы никогда не осознаются полностью. Однако нельзя забывать о том, что эти невидимые, скрытые мотивы лежат в наиболее глубинных слоях личности, и, в отличие от действия, которое дано в непосредственном, а потому неоспоримом восприятии, не могут быть доказаны или проверены — им либо верят, либо не верят. «Иногда неполное понимание ранит смертельнее, чем полное непонимание»¹¹, о чем необходимо помнить всякий раз, когда приходится интерпретировать и оценивать чужие поступки и мотивы.

Отсюда следует, что и понимание другого человека может быть как позитивным с точки зрения нравственности — направленным на взаимообогащение, углубление духовного единства, так и негативным — если понимание используется во вред тому, кого поняли. Небезызвестное крылатое выражение «видеть насквозь» кого-то означает именно такую установку, которая использует знание о человеке как средство достичь чего-либо с его помощью, добиться от него требуемого поведения. Так что иногда взаимопонимания нет еще и потому, что люди сознательно мешают этому, старательно скрывают свои истинные мысли и чувства, чтобы уберечь себя от манипуляций и просто моральных травм, неизбежных, если человек раскрыт и незащищен ни масками, ни ролями. Эта осторожность, несомненно, необходимая в деловом мире, к сожалению, нередко переносится и на общение с по-настоящему близкими людьми, которые не намерены злоупотребить этим доверием. Привычка защищаться «на всякий случай» становится второй натурой, и человек может попросту не знать тех людей, с которыми фактически прожил жизнь. В этом случае тесно переплетаются как психологические, так и нравственные аспекты понимания человека человеком и видно, как важны элементарные психологические знания для более гуманного общения людей друг с другом.

Примечания

- ¹ *Ирвин Д. Ялом* Лечение от любви и другие психотерапевтические новеллы. М., 1997. С. 17.
- ² *Кьеркегор С.* Или-или. М., 1993. С. 208.
- ³ Там же. С. 206.
- ⁴ *Франкл В.* Человек в поисках смысла. М., 1990. С. 96.
- ⁵ Там же. С. 97.
- ⁶ Там же. С. 98.
- ⁷ См.: *Майленова Ф.Г.* Роль интеллекта в духовных исканиях личности // Здравый смысл. 1998. № 7. С. 63; *Она же.* Опасность устранения интеллекта в современных духовных практиках // Там же. Спец. вып. Материалы междунар. конф. гуманистов (Москва, 2–4 окт. 1997). М., 1997. С. 227.
- ⁸ Для внутреннего перемещения во времени можно также заранее подготовить пространство, смоделировав его на полу или на листе бумаги: в точке «Прошлое» мы говорим только о прошлом, в точке «Настоящее» — только о настоящем, и в точке «Будущее» — только о будущем. В реальной жизни люди часто делают это сами, не всегда осознавая, что постоянно переносятся мысленно по линии времени в разных направлениях. Например, когда человек мысленно восклицает: «Это именно то, о чем я мечтал!» или «Так я и знал!» — он говорит из прошлого (хотя и находится реально в настоящем), а когда он думает: «Будет что вспомнить!» — он перенесся в будущее.
- ⁹ *Франкл В.* Человек в поисках смысла. С. 97.
- ¹⁰ *Филатова Е.* Соционика для вас. Наука общения, понимания и согласия. Новосибирск, 1994. С. 14.
- ¹¹ Там же. С. 358.

К.Г. Сурнов, П.Д. Тищенко, Е.Ю. Балашова

Проблемы этики в клинической психологии

Авторы статьи – профессиональные психологи и философы из Московского государственного университета имени М.В.Ломоносова и Института философии РАН – уже ряд лет занимаются педагогической, научной и практической деятельностью в области клинической психологии и биоэтики. Многолетнее участие в фундаментальных научных исследованиях и одновременно в решении разнообразных прикладных задач, связанных с диагностикой и психологическим консультированием, закономерно привело их к осознанию необходимости задуматься о том, какими представлениями о профессиональной этике они руководствуются в своей деятельности. Как формировались эти представления? Насколько они систематизированы и полны? Адекватно ли они отвечают «вызовам» современной жизни? Достаточно ли глубоко и концептуально преподаются будущим клиническим психологам знания об основах профессиональной этики, грамотно ли организованы эти аспекты педагогического процесса? Могут ли психологи эффективно применять в конкретной практической деятельности полученные в теоретических курсах знания по этике?

Именно в процессе размышлений о том, как же ответить на сформулированные выше многочисленные и непростые вопросы, и написана данная статья. В рамках одной публикации едва ли возможно дать исчерпывающие ответы на все поставленные вопросы, однако представляется вполне реальным проанализировать хотя бы некоторые из существующих на сегодняшний день в психологии подходов к осмыслению этических проблем, попытаться увидеть, как преломляются эти подходы в клинико-психологическом кон-

тексте, описать те конкретные моменты практической деятельности клинических психологов, когда возникает необходимость реального применения «знаемых» этических принципов и норм, наметить возможную этическую парадигму клинко-психологического образования.

Однако, прежде чем мы продвинемся в обсуждении поставленной проблемы, следует сделать некоторые терминологические разъяснения. В обыденном языке и научной литературе можно встретить несколько слов, которые используются для обозначения практик различения добра и зла — *мораль*, *нравственность* и *этика*. Так же как и русское слово *нравственность*, латинское по своему происхождению слово *мораль* и греческое *этика* являются в своих языках производными от слов, обозначающих нравы или обычаи. Причем и в философии, и в обыденной речи эти слова часто используются и как синонимы, и как термины для обозначения различных понятий. Интересно отметить, что в русском и немецком языках присутствуют все три отмеченные термина, а в английском и французском — только два: мораль и этика.

Несмотря на отмеченный произвол в использовании слов мораль и этика, в России можно отметить достаточно устойчивую академическую традицию различать их значение. Словом *мораль* обычно обозначают существующую в обществе систему норм и принципов различения добра и зла, оценки тех или иных действий. А словом *этика* — философское учение, пытающееся дать обоснование тех или иных принципов и норм. В этом смысле этика — это философия морали; она выясняет место морали в системе общественных отношений, анализирует ее природу и структуру, изучает ее происхождение и историческое развитие (Философский энциклопедический словарь, 1983). Именно так слова *мораль* и *этика* используются практически повсеместно. Становится понятным, почему учебники и энциклопедии соответствующего профиля включают в свои названия, как правило, именно термин *этика*, а не термин *мораль* (см., напр.: Этика: Энцикл. словарь, 2001).

В западноевропейской философской литературе имеет место иная традиция различения значения слов мораль и этика. Моралью обычно называют принципы должного *отношения* людей друг к другу, а этикой — принципы *отношения к самому себе*. В российской литературе подобное употребление разбираемых слов встречается реже.

Слово *нравственность* и в России, и в Германии неоднозначно. Например, в гегелевской философии оно используется для обозначения принципов должного отношения к себе и другому — не так, как

они представлены в субъективном самосознании (в морали), а так, как они находят объективное выражение в жизни конкретных целостных социальных образований (семьи, гражданского общества или государства). В отечественной литературе это слово также нередко используется для обозначения высших духовных ценностей общества или личности, воплощенных в их конкретной жизнедеятельности (нравственная жизнь). В философии М.М.Бахтина и В.С.Библера нравственностью обозначается способность человека на радикальный выбор себя, способность в определенной ситуации перерешить самостоятельно всю свою жизнь, начать ее как бы заново (Бахтин, 1986; Библер, 1990, 1991).

Мы придерживаемся отечественной традиции различения морали и этики, а термин нравственность пока использовать не будем. В заключение разбора характера употребления основных терминов, обозначающих человеческие практики различения добра и зла, следует еще раз подчеркнуть, что и в литературе, и в живой речи их значение неразрывно связано с контекстом.

Таким образом, будем считать, что *профессиональная этика клинического психолога — это теоретически обоснованные представления о том, как в данной области научной и практической деятельности следует различать добро и зло, на какие ценности, традиции и нормы при этом ориентироваться.*

Это определение уже отчасти содержит в себе объяснение того интереса, который проявляют различные области современной психологии к разработке этических норм, к созданию этических кодексов, регламентирующих различные аспекты их деятельности. Работа любого психолога не может быть выполнена успешно и признана профессиональной без корректного выстраивания этического аспекта тех сложных и многомерных, а иногда и проблемных отношений, в которые он неизбежно вступает со своими клиентами и коллегами. Фактически профессиональная этика психолога — это реализация им в своей деятельности специфических моральных требований, норм поведения как во взаимоотношениях с коллегами, научным сообществом, так и с испытуемыми, респондентами, лицами, обращающимися за психологической помощью (Краткий психологический словарь, 1998).

Разумеется, любой ученый- психолог должен соблюдать моральные принципы и нормы, значимые для всего научного сообщества. **Это прежде всего честность и корректность при сборе экспериментальных данных, отказ от поспешных выводов на основе непроверенных результатов, отстаивание своих взглядов в аргументированной полемике с**

любыми научными авторитетами, категорический отказ от присвоения чужих идей и результатов исследований, беспристрастность, самокритичность и корректное отношение к мнению других.

Однако в последние десятилетия идет бурное развитие психологии не только как науки, но и как области практической деятельности. Интенсивно работая в сфере практики, психологи неизбежно сталкиваются с решением различных этических проблем, с необходимостью понять, какими принципами и нормами они должны руководствоваться в своей практической деятельности. В настоящее время в России и за рубежом уже существует в законченном виде или находится в стадии разработки целый ряд этических кодексов. Можно упомянуть, например, этический кодекс, предложенный Российским психологическим обществом, кодекс политического психолога, этический кодекс психологов-консультантов, «Принципы и стандарты этики психоанализа», разработанные Американской психоаналитической ассоциацией, этический кодекс Международной федерации коучинга (ICF) и др. (подробно познакомиться с этими кодексами можно на соответствующих сайтах в Интернете).

Отметим, что все этические кодексы содержат ряд общих положений. Это, прежде всего, **профессиональная компетентность** психолога. Так, в кодексе Американской психоаналитической ассоциации говорится о том, что психоаналитик имеет право оказывать только профессионально компетентную помощь; ему следует прилагать усилия, чтобы улучшить свои знания и практические умения. Особо подчеркивается, что психические нарушения, имеющиеся у аналитика, и его личностные проблемы, ослабляющие профессиональную ответственность, должны быть осознаны и должным образом переработаны. В этическом кодексе Международной федерации коучинга (ICF) можно встретить следующие утверждения: «Я буду прилагать все свои силы для повышения своего уровня компетенции в коучинге и не буду преувеличивать свою квалификацию, опыт или практику как коуч. (...) Я буду изучать новые знания в работе и опыт других» (Николаева, 2004, с. 2). Российское психологическое общество считает, что психолог может оказывать лишь те услуги, в которых он имеет необходимую квалификацию и образование. Показательно, что в большинстве этических кодексов не только декларируется принцип компетентности, но и довольно подробно описываются конкретные требования к содержанию и границам этого понятия.

Другой общепринятый этический принцип – это принцип **уважения личности** клиента. Он означает, что психолог может работать с клиентом только в случае информированного и добровольного согласия последнего; в отношениях психолога и клиента недопустимы какие-либо формы дискриминации или эксплуатации.

Нельзя не упомянуть и такой важный принцип, как принцип **ненанесения ущерба** клиенту. Он требует от психолога такой организации своей деятельности, чтобы ни ее процесс, ни результаты не наносили вреда здоровью клиента, не ухудшали его психическое или физическое состояние. Применяемые психологом диагностические или психотерапевтические методы должны отвечать требованиям безопасности.

Особое значение имеет в деятельности психолога и принцип **конфиденциальности**. Результаты психологических исследований, аудио- и видеозаписи ни в коем случае нельзя разглашать без согласия клиента. Даже если психолог использует материалы случаев при обсуждениях с коллегами в консультативных, образовательных или научных целях, данные о личности пациента должны быть зашифрованы.

Наконец, нужно обязательно упомянуть о том, что любой психолог должен обязательно заботиться об интересах своего профессионального сообщества и общества в целом, поддерживать честь и достоинство своей профессии, осознанно принимать те ограничения, которые накладывает на него принадлежность к данной профессии.

Наряду с общими положениями разнообразные этические кодексы освещают и такие проблемы, которые характерны только для определенных областей практической психологии.

Усиление интереса к этическим проблемам характерно и для современной клинической психологии. Ответят ли на все вопросы об этических аспектах клинической психологии кодексы, разработанные для психологии в целом или для отдельных ее областей? По-видимому, нет. Скорее можно ожидать, что отношения клиента и клинического психолога обладают рядом таких особенностей, которые редко возникают (или не возникают никогда) в практической деятельности представителей других областей психологии. Поэтому, безусловно разделяя те общие этические принципы и правила, о которых шла речь выше, клиническая психология в силу специфики решаемых ею задач открывает в понимании этических норм и некоторые новые аспекты.

Так, уже упомянутый выше принцип **профессиональной компетентности** означает для клинического психолога наличие не только соответствующей теоретической подготовки, но и обязательного опы-

та практической работы в области клинико-психологической диагностики, психологической экспертизы, восстановительного обучения или психотерапии под руководством или супервизорством квалифицированных дипломированных специалистов. Клинический психолог должен не только владеть соответствующим методическим арсеналом и способностью к корректной интерпретации полученных с его помощью данных, но и стремиться совершенствовать свои профессиональные навыки, постоянно обогащать их различными концептуальными и технологическими инновациями. Подчеркнем, что специфика сферы деятельности клинического психолога, необходимость постоянного общения с больными, зачастую страдающими весьма тяжелыми психическими и поведенческими расстройствами, или с психически здоровыми людьми, отягощенными разнообразными эмоциональными и личностными проблемами, предъявляет особые требования именно к профессиональной компетентности психолога. Высокий профессионализм не только позволяет клиническому психологу оптимизировать оказание помощи его клиентам и пациентам, но и даст ему возможным образом заботиться о сохранении собственного психического здоровья, предотвращать возникновение перегрузок, стрессовых реакций, «синдрома сгорания».

Принцип уважения личности клиента также является обязательным и крайне важным для клинической психологии, которая в его понимании, безусловно, опирается прежде всего на гуманистические традиции столь близкой ей медицины. Один из известных русских психиатров говорил о том, что даже при тяжелом психическом недуге душа, расстроившись, не перестает быть душой. Любой клинический психолог должен в своей профессиональной деятельности стремиться реализовать максимально деликатное, щадящее отношение к клиенту или пациенту, тщательно отслеживать в процессе своей работы динамику их стрессотолератности. Даже работая с больным, страдающим слабоумием, желательно все-таки стремиться доступно объяснить ему цель и смысл общения с психологом, ту пользу, которую больной может для себя извлечь из такого общения. Некорректная организованность, невыстроенность системы этических норм и соответствующего аспекта реальных взаимоотношений психолога с конкретным клиентом ведет, как минимум, к уменьшению эффективности психологического воздействия, а в пределе может быть источником тяжелых психических травм как у клиентов, так и у самих психологов, если они оказываются недостаточно квалифицированными в этой части своей профессиональной подготовки. К наиболее драматическим и вместе с тем к наиболее типичным последствиям

неналаженности этического аспекта взаимоотношений внутри системы «специалист—клиент» относятся также различные ятрогенные заболевания и соотносимый с ними континуум психосоматических расстройств. Подчеркнем, что недопустимость каких-либо форм дискриминации и эксплуатации в отношении клинического психолога и клиента подразумевает уважение личности не только клиента, но и психолога, в частности, необходимость «выстраивания» адекватной дистанции в межличностных отношениях с больными, их родственниками и т.п. По-видимому, еще в процессе обучения целесообразно формировать у будущего клинического психолога определенные представления о континууме его возможных «нормативных» позиций в профессиональных межличностных отношениях.

Принцип **ненанесения ущерба** также воспринят клинической психологией из медицинской традиции (напомним читателю, что он был впервые декларирован врачами еще тысячелетия назад в клятве Гиппократа). Несмотря на многовековую историю вопроса, врачи и философы, размышляющие над проблемами медицинской этики и деонтологии, и сегодня спорят о некоторых аспектах этого принципа (см., например, Кэмпбелл, Джиллетт, Джонс, 2004; Введение в биоэтику, 1998). Клинические психологи должны хорошо понимать, что в процессе их взаимодействия с клиентами или пациентами могут иногда возникать ситуации, утяжеляющие эмоциональное состояние последних. Например, при проведении нейропсихологической диагностики, когда исследуется состояние различных высших психических функций, пациент, обладающий высоким образовательным уровнем, социальным статусом, с соответствующей самооценкой вдруг видит, что не может справиться с выполнением простых заданий (запомнить несколько слов, объяснить содержание сюжетной картинки, нарисовать куб). Подобная ситуация, невольно «объективирующая» для больного его когнитивную несостоятельность, может оказаться, по сути, глубоко психотравмирующей. Другим примером может служить являющееся необходимым атрибутом динамики терапевтических отношений временное ухудшение эмоционального состояния клиентов в процессе некоторых видов психотерапии (Сokolova, 2001). Вероятно, профессионально работающий клинический психолог должен обладать информацией о правилах поведения в подобных ситуациях, учитывать возможную нестабильность эмоциональной сферы лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами, повышенную «реактивность» и чувствительность «пограничных» личностей, должен уметь предотвращать возможные «ятрогенные провокации».

Важность соблюдения принципа **конфиденциальности** в практической деятельности клинических психологов особенно велика. Так, профессор Е. Т. Соколова, обсуждая в одной из своих монографий этические аспекты работы психотерапевта, пишет о том, что «соблюдение конфиденциальности само по себе служит мощным терапевтическим средством восстановления и укрепления разрушенных эмоциональных связей и отношений с людьми. Уверенность в соблюдении терапевтом принципа конфиденциальности возвращает пациенту доверие, позволяет становиться более открытым (...), ведет к уменьшению излишней тревожности, облегчает развитие “рабочего альянса” с терапевтом» (Соколова, 2001, с. 296–297). К сожалению, в последнее время в ряде публикаций в прессе, в телепередачах иногда имеют место случаи разглашения сугубо конфиденциальной информации (например, сообщение данных якобы патопсихологических заключений по результатам обследования известных общественных деятелей и т.п.). Подобные казусы должны заставить задуматься о профессиональной этике не только психологов, но и журналистов. Поэтому клинический психолог должен обязательно тщательно продумать, какую информацию и в какой форме он может сообщить своему клиенту, пациенту, его лечащему врачу, родственникам и т.п. По всей видимости, некоторые необходимые отступления от принципа конфиденциальности могут делаться лишь на основе добровольного и информированного согласия клиента или пациента, а также лиц, правомочных представлять его интересы.

Процесс осмысления конкретного содержания этических норм и принципов, идущий в современной клинической психологии, безусловно, требует акцентирования этических проблем и при построении принципов педагогической работы. Один из поставленных нами в начале статьи вопросов как раз касался того, как организовано сегодня обучение этике студентов, специализирующихся по клинической психологии. Приходится с сожалением констатировать, что оно является весьма фрагментарным, редуцированным. В Государственный образовательный стандарт включен только общий лекционный курс по основам этики, никак не адаптированный к проблемам и запросам современной клинической психологии. Некоторые университетские преподаватели в порядке личной инициативы включают в свои курсы одну-две лекции по этическим проблемам клинической психологии или психотерапии, однако многие их коллеги искренне не понимают, зачем клиническим психологам нужны какие-то особые знания по этике. Представители этой позиции считают, что в процессе обучения и практической работы молодой специалист лег-

ко заимствует необходимые навыки и правила поведения от старших коллег. Высказывается и мнение о том, что клиническим психологам вполне достаточно просто следовать основным нормам медицинской этики. Невольно вспоминаются слова Альберта Швейцера о том, что «этика должна полагаться с тремя противниками: бездумностью, эгоистическим самоутверждением и обществом» (Швейцер, 1973, с. 313). Вместе с тем очевидно, что специалист-психолог в ходе профессиональной подготовки должен быть специально обучен и, более того, соответствующим образом воспитан, чтобы быть в высшей степени способным осознавать этический аспект любого момента взаимодействия с клиентом. Это необходимо потому, что только хорошо осознанное можно целенаправленно и эффективно управлять. Предметом обучения должны быть не только стратегия и основные принципы выстраивания этически корректных взаимоотношений клинического психолога с клиентом, но и поведенческие навыки организации каждого значимого момента их общения (вступления в контакт, предъявления проблемы, временной отдачи инициативы, определения зоны ближайшего развития, перевода проблемы в рабочую задачу, налаживания рабочего альянса, корректного окончания совместной работы, выхода из контакта). Следует не только в ходе специальных курсов по профессиональной этике, но и при обсуждении и освоении студентами-психологами любой темы учебного плана всех основных курсов, любой исследовательской или психокоррекционной методики находить, идентифицировать и подчеркивать этический аспект выстраивания взаимоотношений в системе «клиент – клинический психолог». Необходимо делать на этом аспекте акцент в ходе освоения будущими специалистами принципов и навыков работы с когнитивными, личностными, социально-психологическими и любыми другими психическими процессами, задействованными в сложной системе взаимоотношений психолога и клиента.

Обман в психологии: моральный ущерб и польза*

Введение

Исследователи иногда обманывают участников психологических экспериментов на методологических основаниях. Исследуемые могут быть введены в заблуждение в отношении цели, замысла и установок экспериментов. Допустим ли с этической точки зрения методологический обман? Многие авторы настаивают на том, что обман недопустим и что существующие этические кодексы профессиональных ассоциаций, позволяющие использовать обман как метод, необходимо пересмотреть (Kelman, 1967; Bok, 1999; Clarke, 1999; Herrera, 1999; Pittinger, 2003). Существует два основных возражения против методологического обмана, связанные с риском причинить психологический вред участникам исследований и нарушить их автономию.

Мы полагаем, что оба возражения не убедительны: методы обмана можно использовать в психологических экспериментах, не причиняя значительный вред и не нарушая автономию. Более того, мы считаем, что есть моральные основания, чтобы применять методологический обман. Методы обмана, по-видимому, являются единственным средством (по крайней мере, в настоящее время), при помощи которого как отдельные люди, так и общество могут получать важную информацию о некоторых психологических склонностях. Во-первых, подобная информация может представлять большую ценность для общества. Знание о склонностях к дискриминации, например, может быть использовано для построения более эффективного

* *Bortolotti L., Mameli M. Deception in psychology: moral costs and benefits of unthought self-knowledge // Accountability in Research. Taylor & Francis, 2006. P. 259–275.*

и справедливого общества. Во-вторых, поскольку участники исследований заинтересованы в тренировке своей способности быть автономными агентами, принимая решения, и в соответствующем контроле своего поведения, они также заинтересованы в том, чтобы узнать о своих бессознательных психологических наклонностях, даже если подобная информация в некоторых обстоятельствах может стать причиной незначительного стресса. Итак, потенциальные положительные преимущества экспериментальных результатов, которые в настоящее время могут быть добыты только при помощи методологического обмана, можно охарактеризовать в терминах двух типов знания, значимого с этической точки зрения: индивидуальное самопознание, полученное участниками исследований, и коллективное самопознание, приобретенное обществом. Мы принимаем во внимание разнообразие интересов людей, желающих принять участие в исследовании. В перспективе, согласно которой личностное развитие связано с обретением самопознания, использование обмана в экспериментальной психологии может способствовать проявлению автономии.

В первой части мы кратко представляем методологические доводы за и против использования обмана в психологическом исследовании. Во второй части мы обсуждаем и отвергаем некоторые этические аргументы против методологического обмана. В третьей части мы поддерживаем этическое значение информации, полученной при помощи использования обмана. Мы иллюстрируем эту точку зрения при помощи примера — эксперимента социальной психологии с использованием метода обмана, чтобы выявить предрассудки при найме на работу.

Методологические аргументы

Обычно задача методов обмана, применяемых в психологии — гарантировать, что участникам исследования не известно, какой аспект их психологии изучается и каким образом. Что касается основной цели обмана в эксперименте, то его часто используют, чтобы избежать так называемого «эффекта Хоторна» — предрасположенности участников исследования вести себя в соответствии с тем, что хочет, по их представлениям, от эксперимента исследователь (Gillespie, 1991). Между тем в социальной психологии, где нередко объектом исследования является форма нежелательного поведения, часто имеет место противоположный эффект. Например, когда участники иссле-

дования знают о том, что объектом эксперимента является агрессивное поведение, они, как правило, воздерживаются от агрессии во время эксперимента. Социальные психологи используют обман, чтобы устранить этот эффект.

Психологическое свидетельство предполагает, что достоверные данные о том, как люди ведут себя в определенных ситуациях, нельзя получить, просто спрашивая их о том, как они вели себя или будут вести себя в этих ситуациях. Люди нередко заблуждаются относительно своих поведенческих склонностей, и манеру, в которой они себя описывают или представляют свое самоописание на основании фактов, часто подстраивают (сознательно или бессознательно) под свое желание соответствовать определенным параметрам (Nisbett and Ross, 1980; Aronson, 1999). Предположим, что некто изучает альтруистическое поведение. То, что люди говорят о своих действиях, описывая, как они могли бы быть полезными окружающим, может быть плохим руководством относительно их истинных действий в подобных обстоятельствах. Бывает множество экспериментальных ситуаций, где в определенный момент обман необходим с методологической точки зрения для получения надежных результатов¹.

Как полагают некоторые исследователи, широкое распространение обмана при проведении психологических исследований, возможно, методологически обречено на провал. Так, если обман использовался бы в большинстве психологических экспериментов и если потенциальные участники экспериментов знали бы об этом, любой эксперимент вызывал бы у испытуемых подозрение. Участники экспериментов пытались бы предугадывать исследователя, и это обстоятельство превращало бы результаты экспериментов в материал, трудный для интерпретации. Было бы сложно установить, отражают ли наблюдаемые результаты образ действий, свойственный людям, или они передают образ действий, к которому люди прибегают, пытаясь предугадать исследователя. Кельман (Kelman, 1967) предупреждал о такой возможности в то время, когда использование обмана не было столь тщательно отлажено, как сегодня. Но отчасти благодаря ограничениям, наложенным профессиональными кодексами на применение обмана, только в некоторых экспериментах, осуществляемых психологами, изучающими поведение человека, используется обман. Вследствие этого опасность, что обман обречен на провал, сегодня невелика.

Против методологического обмана

Этические нормы Американской психологической ассоциации (АПА) и Английского психологического общества (АПО) допускают использование методов обмана в психологических экспериментах, но они также накладывают ограничения на использование этих методов и требуют, чтобы в случаях их применения соблюдались определенные условия. Хотя между этими кодексами есть различия, и тот и другой настаивают на том, чтобы обман использовался только в тех случаях, когда нет иных эффективных способов получения желаемых экспериментальных результатов, если предполагается, что возможные результаты имеют важное значение, и если участникам исследования не будет причинен физический ущерб или сильный стресс. Эти кодексы также требуют, чтобы участники исследований имели право прекратить участие в эксперименте в любое время, и исследователь давал отчет участникам эксперимента так скоро, как это возможно и в самой подробной форме, предоставляя им всю относящуюся к эксперименту информацию о структуре, целях и значении эксперимента (ср.: APA Ethical Principles of Psychologists and Code of conduct, 2002, article 8.07 и BPS Ethical Principles for Conducting Research with Human Participants, 1992).

Несмотря на многие сложности, установленные этими профессиональными кодексами в отношении использования обмана, некоторые комментаторы полагают, что участники исследований недостаточно защищены от вреда, причиняемого обманом и, следовательно, что кодексы следует пересмотреть. Например, Ортман и Хертвиг (Ortmann and Hertwig, 1997) выступают за полный запрет на использование обмана в психологических экспериментах (ср.: Pittinger, 2002). В этом разделе мы дадим оценку наиболее значительным этическим аргументам против использования обмана в психологии.

Вред

Споры относительно того, допустимо ли использование обмана в психологии, с точки зрения методологии часто вращаются вокруг потенциального вреда, который может нанести обман. Наиболее цитируемый пример – эксперимент, который проводил Стэнли Милгрэм (Milgram), изучая склонность людей подчиняться начальству (Milgram, 1974).

В одной из версии этого эксперимента исследуемых набирали с тем условием, что они будут участвовать в исследовании памяти и того, как наказание действует на обучение. В лаборатории каждому участнику исследования сообщали, что он должен играть роль «учителя», а другой участник, присутствующий в комнате, играл роль «ученика». Настоящий участник эксперимента не знал, что «ученик» был в действительности партнером исследователя. В обязанности «учителя» входило задавать вопросы «ученику» и, когда тот ошибался, подавать электрический разряд, постепенно нарастающей мощности, пользуясь простым электрическим устройством. Участник исследования также не знал, что в действительности «ученик» не подвергается удару электрического разряда. Демонстрация страданий «ученика» была пропорциональна силе электрического разряда, которым, как предполагалось, управлял участник исследования. Когда страдания «ученика» становились достаточно сильными, участники эксперимента проявляли беспокойство относительно того, что происходит с «учеником» (как они думали). Многие из них просили исследователя прекратить эксперимент. В ответ на эти просьбы исследователь требовал послушания, настаивая на том, что для «учителя» очень важно следовать в точности инструкции. В конце концов, 65% подвергали «ученика» электрическому разряду наибольшей мощности (как они полагали), несмотря на мольбы «ученика» не делать этого.

Сегодня многие комментаторы считают эксперимент Милгрэма хрестоматийным примером неэтичного применения обмана в психологическом исследовании. Участники исследования были введены в заблуждение в отношении цели и способа проведения эксперимента и относительно роли других испытуемых. Более того, их просили следовать инструкциям, несмотря на то, что они выказывали обеспокоенность. Участники исследования получили разъяснение эксперимента (хотя в то время этот отчет не являлся требованием профессиональных этических кодексов), но после ознакомления с ним испытуемые должны были принять тот факт, что они могут причинить значительную боль другому человеку, находясь под влиянием руководителя.

Эксперимент Милгрэма часто рассматривают как причинение значительного психологического вреда участникам исследования. Однако значительность в действительности нанесенного вреда остается под вопросом. Элмс (Elms, 1982), который работал за кулисами эксперимента и интервьюировал исследуемых, когда они уже имели опыт участия в эксперименте, утверждает, что испытуемые страдали значительно меньше, чем он ожидал, будучи свидетелем их реакций во время проведения эксперимента. По его словам, этот опыт был

для них стрессом, но не большим, чем стресс от вовлекающего в эмоциональное переживание фильма или неудачное собеседование при устройстве на работу. Но прав ли Элмс? Причинил ли этот эксперимент участникам исследования значительный психологический вред, имеющий длительное действие, — вопрос эмпирический, вопрос, на который невозможно ответить, обращаясь к ненадежной интуиции или случайным наблюдениям. И все-таки, по-видимому, бывает много случаев, когда эксперименты с применением обмана не вызывают дискомфорт и не наносят вред участникам эксперимента (Kimmel, 1998).

Разумно считать, что если психологический вред, причиняемый участнику исследования, выходит за определенные рамки, тогда этот эксперимент недопустим, независимо от того, насколько значительными будут блага, которые он принесет обществу. Когда граница нарушена, эксперимент становится несправедливым поступком по отношению к участнику исследования. Так можно решить, проводить ли эксперимент, включающий обман, пользуясь следующей процедурой. Первый шаг: вопрос о том, насколько вероятно, что эксперимент нанесет значительный психологический вред участнику исследования. Если это вероятно, то эксперимент недопустим с моральной точки зрения. Если нет, то следует задаться вопросом: перевешивает ли причиняемый участнику исследования вред (если он вообще будет причинен) потенциальные выгоды, которые принесет исследование. Только в том случае, если выгоды будут более значительными, эксперимент оправдан. По-видимому, эта идея имплицитно присутствует в профессиональных этических кодексах и, вероятно, эксперименты, проводимые в соответствии с требованиями этих кодексов, не наносят значительного вреда участникам исследований.

Автономия

Другой распространенный аргумент против использования методологического обмана основан на том, что исследователь нарушает личностную автономию участников исследований, обманывая их, в то время как принцип автономии никогда не должен нарушаться. Недоговаривая или обманывая участников исследования относительно истинной цели или структуры эксперимента, исследователи вовлекают испытуемых в действия, на которые они не давали согласия.

Очевидно, можно отвергнуть то мнение, что принципом автономии никогда нельзя пренебрегать. Но идея состоит в том, что хотя индивидуальная автономия является ценностью, она может быть нарушена, когда польза, извлекаемая из ее нарушения, больше, с моральной точки зрения, для личности или для общества, чем сохранение индивидуальной автономии. Так метод обмана может считаться допустимым с моральной точки зрения, в том случае, когда он используется ради морально значимого результата. Подобная позиция довольно привлекательна, но она приводит к сложным вопросам о том, что должны обществу участники исследований, будучи частными людьми, и кто должен принимать решение о том, какие результаты более ценны (если такие результаты вообще могут быть), чем сохранение автономии личности. Однако мы будем искать способы, где можно использовать методологический обман, не ставя под угрозу автономию участников исследования. Использование обмана в исследовании не обязательно несовместимо с тем мнением, что автономия личности никогда не должна нарушаться.

Общераспространенное мнение заключается в том, что для соблюдения автономии участник исследования должен дать информированное согласие. Метод обмана требует, чтобы исследуемый оставался в неведении относительно эксперимента или не знал важных деталей исследования, в котором он принимает участие. Если методы обмана и информированное согласие несовместимы, требование соблюдать уважение к автономии личности не может быть удовлетворено при использовании методов обмана². Но, возможно, существуют формы информированного согласия, которые можно согласовать с использованием методов обмана в психологическом исследовании.

В биомедицине встречаются ситуации, когда потенциальный участник исследования не может ни дать согласие, ни отказаться от участия в определенном эксперименте. Так случается, когда субъект исследования находится без сознания или в критическом состоянии. В этих ситуациях возможно получить согласие за участника эксперимента у его законного представителя или близкого родственника после того, как будет предоставлена информация обо всех важных деталях исследовательского протокола. Это форма непрямого информированного согласия или информированное согласие по доверенности. Некоторые авторы полагают, что методы обмана не нарушают автономию участников исследования, если было получено не прямое информированное согласие.

Кларк (Clarke, 1999) предлагает следующий сценарий. Если человек должен участвовать в психологическом эксперименте, но вследствие характера эксперимента не может получить всю необходимую информацию об исследовании, то он называет доверенного человека, которому предоставляется вся необходимая информация об эксперименте. Этот человек решает, приемлемо ли его доверителю участвовать в эксперименте, и дает информированное согласие или отказывает от имени участника исследования. Если согласие получено, то использование методов обмана не будет нарушением автономии участника исследования. Пэтри (Patry, 2001) высказывает ту же точку зрения. Этот подход, даже если он и не эквивалентен запрету методов обмана в психологии, требует радикального изменения существующих кодексов и практики.

Мы отдаем предпочтение более умеренной альтернативе – ввести требование сообщать участникам исследования с самого начала о том, что информация о цели, исполнении или установках эксперимента, предоставляемая им, может быть частично неверной. Многие этические комитеты уже требуют, чтобы участники исследований давали согласие, понимая, что они могут быть введены в заблуждение, и это соответствует духу, но не букве, существующих норм.

Этический кодекс АПА (2002) требует, чтобы участники исследований имели право в любой момент выйти из эксперимента и чтобы в конце эксперимента они получали отчет и были ознакомлены со всей информацией, которая была скрыта от них, включая информацию о способах, которыми они были введены в заблуждение, целях, ради которых они были обмануты и о значении ожидаемых результатов. Но в нынешней формулировке Кодекса АПА явно не обозначено, что исследователи с самого начала информируют участников исследования о возможности обмана. Кодекс лишь поощряет психологов «разъяснять участникам исследований любой обман, который является неотъемлемой частью организации и проведения эксперимента в наиболее короткие сроки, желательно сразу после завершения их участия в эксперименте, но не позже окончания сбора данных, и предоставить участникам исследований возможность изъять данные, полученные с их помощью».

Если исследователи включают в форму соглашения пункт о том, что определенная информация об устройстве и проведении эксперимента может быть скрыта до момента отчета, или что некоторая информация, предоставленная в самом начале, позже может оказаться ложной, то участники исследования предупреждены о возможности использования методов обмана и сохраняют контроль во время учас-

тия в эксперименте. При такой процедуре первичное согласие, данное участниками исследования, условно по отношению к их новому согласию, которое они дают в момент получения отчета, имея право не разрешить использовать их данные. Автономия участников исследования, следовательно, не нарушается.

Согласно Кларку и Пэтри, стандарты, применимые к биомедицинским исследованиям, должны действовать и в отношении исследований психологических. Это одна из причин, по которой они предлагают получать информированное согласие через доверенное лицо. Но в биомедицине эта процедура соглашения используется только в тех случаях, когда участник исследования не может принимать решения самостоятельно. Эта процедура неприменима к исследуемым, участвующим в психологическом эксперименте с использованием обмана. Процедура соглашения, которой мы отдаем предпочтение, устанавливает важную аналогию с ситуацией в биомедицине. До клинических исследований участники получают детальную информацию о целях исследования и рисках, которым они подвергаются, принимая в нем участие, но им не сообщают о том, получают ли они предполагаемое лечение или плацебо. Очевидно, что даже в биомедицине от участников исследования скрывается важная информация. Если они соглашаются, понимая, что эта информация будет от них скрыта, это обстоятельство уже не нарушает их автономии. То же самое правило действует в отношении участников исследования в психологических экспериментах с применением обмана.

Моральное разрушение

Как полагает Элмс (Elms, 1982) исследователи-психологи могут морально пострадать в результате использования стратегий обмана, и информирование общества о существовании таких стратегий в целом может разрушить общественное доверие к исследованиям. С этой точки зрения в дальнейшем последствием широкого распространения методов обмана может стать разочарование общества в психологах, в частности, и в ученых — в целом. Если доверительные отношения между потенциальными участниками исследований и исследователями систематически нарушаются, исследователи могут получить дурную репутацию у широкой публики и число людей, желающих принять участие в психологическом эксперименте — или желающих поддерживать их — может сократиться (Lawson, 2001).

Данное возражение против использования обмана не очень убедительно. Риск, что исследователи станут безнравственными в результате использования стратегии обмана, невелик, если их намерение обманывать держится только на методологическом основании. В отличие от других форм человеческого обмана, исследователи не мотивированы желанием обманывать или добиваться незаслуженного преимущества над кем-либо, а также не намерены причинять кому-либо вред. Исключительно методологическая функция обмана в психологии делает маловероятным, что его использование окажет негативное влияние на личности исследователей.

Риск, что психология приобретет дурное имя вследствие применения обмана, также невелик, если исследования проводятся в соответствии с рекомендациями, изложенными в практических руководствах. Поскольку люди в целом и участники психологических экспериментов в частности понимают, что обман — лишь необходимый методологический инструмент, а не проявление какого-то дурного желания исследователя, т.к. этот методологический инструмент используется только в том случае, когда нет риска причинить значительный психологический вред исследуемым и когда результаты эксперимента стоят этого, вероятно, в отношении исследователей не возникает чувство недоверия.

Аргументы в пользу метода обмана

Использование методов обмана во многих случаях является решающим для идентификации поведенческих склонностей, отрицательно влияющих на человека, имеющего такие склонности, людей, которые общаются с таким человеком, и на общество в целом. Знание о существовании таких склонностей, о том, как их выявлять и о том, как они действуют, можно, безусловно, использовать во благо. Теперь мы хотели бы дать более полный обзор видов моральных выгод, которые может дать такое знание. Мы начнем с примера.

Дискриминация при найме на работу

Исследование предубеждений и пристрастий к людям некоторых рас, пола, возраста, сексуальной ориентации или внешнего вида может помочь вскрыть те аспекты человеческого поведения, которые становятся причиной незаслуженной дискриминации. Как отдель-

ные люди, так и общество могут попытаться контролировать или изменить эти черты поведения. Методы обмана могут быть очень эффективны в этой сфере. Примером может служить изучение дискриминации на рынке труда. Так Пингитор (Pingitore et al., 1994) разработал и провел эксперимент, чтобы установить существование предубеждений, порождающих дискриминацию полных людей во время проведения собеседований при приеме на работу.

Студентам-психологам первых курсов были показаны видеокассеты с инсценировкой собеседования при приеме на работу. В роли кандидатов-соискателей выступали два профессиональных актера — мужчина и женщина. Независимыми переменными были вес псевдокандидатов на работу и тип работы, ради получения которой они проходили интервью. У актеров был нормальный вес, но на некоторых из видеокассет они были представлены умеренно тучными при помощи грима и театральных накладок. В качестве вакансий были выбраны — позиция торгового представителя, подразумевающая контакты с людьми, и вакансия системного аналитика, подразумевающая ограниченные контакты с людьми. Игра актеров была построена так, чтобы показать, что оба кандидата обладают одинаковыми средними способностями. В задачу участников исследования входило чтение описаний работы и биографий кандидатов, просмотр видеозаписей интервью и оценка кандидатов. Пингитор и его коллеги обнаружили заметное предубеждения против найма на работу кандидатов с избытком веса, в особенности это касалось кандидатов женского пола. В этом исследовании использовался методологический обман. Так студентам не сообщили, что они участвуют в исследовании дискриминации страдающих избытком веса кандидатов при устройстве на работу. Они также не знали, что показанное им интервью было инсценировкой.

Дискриминация при найме на работу несправедлива и дорого обходится обществу. Знание ее причин может стать инструментом, который позволит избежать или корректировать эту практику. Это пример того, о чем говорит Саксэ, когда он утверждает, что «в случае исследований с использованием обмана... ложь позволяет проводить качественное исследование, которое потенциально служит общественному благу» (Saxe, 1991, 414). Предубеждение против тучных кандидатов наносит им вред, поскольку дает несправедливое преимущество в пользу кандидатов с нормальным весом, наносит вред компаниям, т.к. работодатели принимают на работу менее компетентных людей, хотя и обладающих нормальным весом, вместо людей тучных, но более компетентных, и наносит вред обществу в целом. Работода-

тели, знающие о существовании такого предубеждения, смогут избежать его проявления и защитить интересы кандидатов с избытком веса, интересы своей компании и общества. Они могли бы усовершенствовать эффективность процесса найма на работу и улучшить перспективу успеха своей компании, одновременно делая позитивный вклад в пользу социальной справедливости. Более того, знание предубеждений послужит созданию антидискриминационного законодательства и других корректирующих механизмов.

Участники исследований – члены общества. Таким образом, знание поведенческих наклонностей, полученное при помощи использования методов обмана, принося благо обществу в широком смысле слова, также приносит благо и участникам исследований. Но существует и более прямой путь, позволяющий обманутым испытуемым получать пользу, участвуя в эксперименте. Во время эксперимента, или, что более вероятно, во время отчета, (когда участник исследования узнает о цели и организации эксперимента) испытуемый получает важную информацию о собственных поведенческих склонностях. Эта информация может помочь лучше контролировать поведение и, следовательно, лучше использовать автономию. Так, в момент отчета участники исследований узнают информацию о собственных склонностях и становятся более подготовленными к автономному поведению в контексте принятия решений при найме на работу.

Иными словами, потенциальные выгоды экспериментальных результатов, приобретаемых при помощи методологического обмана, могут быть охарактеризованы в терминах двух типов морально значимого знания – индивидуальное самопознание, приобретенное участниками исследований, и коллективное самопознание, полученное обществом. Но какова цена за приобретение этого знания, которую платят участники исследований? Согласно Кларку: «Многие участники исследования повиновения, проводимого Милгрэмом, обнаружили нечто неожиданное для самих себя, что они значительно более послушны руководителям, чем могли предположить. Хотя иногда польза, которую люди могут извлечь, получая такую информацию о себе, может быть продолжительной, такое самопознание нередко бывает скорее вредным, чем полезным. Исследуемые, которые сделали неожиданные и непредвиденные открытия самих себя, могут занизить свою самооценку и подвержены другим негативным чувствам» (Clarke, 1999, p. 154).

Приобретение знаний о склонностях к дискриминации может вызвать неприятные чувства. Как мы уже говорили во второй части, если эксперимент может привести к нанесению значительного пси-

психологического вреда, его не следует проводить — и сюда входят те случаи, когда вред возникает из самопознания, приобретаемого участниками во время эксперимента и отчета. Если же нет значительного вреда, тогда стремление избежать умеренный стресс, возникающий из знания поведенческих склонностей, следует сравнить с иными морально значимыми интересами³. Например, утверждение, что стремление людей не сталкиваться с умеренным стрессом, возникающим вследствие получения информации об их склонностях к дискриминации, важнее с моральной точки зрения, чем предпочтения, установленные самими практиками дискриминации, не вызывает доверия. Этическое значение пользы, которую получили бы участники исследования, оставаясь в неведении о дискриминационных наклонностях, о существовании которых они даже не знают, противопоставляется этической значимости пользы, которую участники исследований и общество в целом извлекают, узнав об этих склонностях. В итоге, по-видимому, получение достоверной информации о склонностях, порождающих дискриминационную практику, значительно более важно с моральной точки зрения, чем удержание участников исследований от переживания умеренного стресса.

Теперь мы можем сконцентрировать внимание на положительном результате, который принесет участникам исследований личное самопознание.

Поддержка автономии

Мы утверждали, что, узнавая о своих склонностях, участвуя в психологических экспериментах, исследуемые могут улучшить контроль за своим автономным выбором и сделать шаг, чтобы ограничить воздействие психологических склонностей на их решения и поведение.

Один из доводов тех, кто хотел бы запретить использование обмана в психологическом исследовании, состоит в том, что, не информируя полностью участников о природе и цели эксперимента, исследователи нарушают автономию исследуемых. Но во второй части мы выступили за то, что личная автономия участников может быть адекватно защищена в психологическом исследовании. Если участники предупреждены о возможном использовании обмана, могут выйти из эксперимента в любое время и обеспечены тщательным и содержательным разъяснением эксперимента, их автономия не нарушается в морально значимом отношении, поскольку они контролируют свое

участие в исследовании. Таким образом, принцип уважения личной автономии соблюдается, когда в психологических экспериментах (в крайних случаях) используется обман.

Не только надлежащим образом проведенное психологическое исследование соблюдает автономию его участников. Оно может укрепить их автономию. Знакомство с результатами эксперимента, посвященного, например, наклонностям к дискриминации, влияющим на практику найма, вероятно, должно улучшить участников эксперимента, предоставляя им хорошие средства, чтобы начать саморефлективное упражнение о предпосылках принятых ими решений и обосновании избранных ими критериев выбора. Это рефлективное упражнение может повлиять на развитие стратегий поведения, способных в будущем улучшить возможности исследуемых как личностей, способных принимать решения. Поскольку все это можно обобщить, знание психологических склонностей, полученное при помощи экспериментов с использованием обмана, может внести вклад в поддержку не только автономии участников исследований, но также и в поддержку автономии других членов общества.

Поддержка автономии, по-видимому, не только предлагает людям возможность принимать собственные решения, но также и гарантирует, что те из них, кто обладает этой возможностью, знакомы с существующими факторам, оказывающими влияние на их решения. В наиболее авторитетных описаниях автономии автономному агенту, принимающему решение, приписывается больше, чем просто способность к независимому мышлению и действию. Автономия включает в себя способность агентов быстро реагировать на широкий спектр доводов за и против того образа действия, которого они придерживаются (Wolf, 1990), и только те агенты, которые могут менять свои решения, когда они находят убедительный аргумент для того, чтобы это сделать, могут считаться в действительности автономными (Dworkin, 1988). Если непредвиденное самопознание способствует тому, что участники исследований узнали о некоторых своих поведенческих склонностях (например, о том факте, что, принимая решение о найме, на них оказывает влияние вопрос — обладает ли кандидат избытком веса), это также дает им возможность проследить основание своих решений в свете других своих убеждений и ценностей.

Философская концепция автономии как ответственности за доводы, детерминирующие поступки, отражена во многих социальных практиках. Наше общество уже приняло ту точку зрения, что люди должны подвергаться потенциально отрицательному опыту, если это необходимо для получения ценных результатов. Образование — за-

метный пример. Хотя оно не использует вызывающие стресс испытания и, в особенности, испытания, которые потенциально способствуют занижению самооценки, оно также поддерживает процесс нахождения нового вовне и внутри себя, который, в конечном итоге, дает людям возможность взять на себя роль граждан и моральных агентов и получать блага, связанные с полноценным участием в общественной жизни.

Вывод

Рассмотрев наиболее значительные аргументы против использования методологического обмана в психологическом исследовании и разлив некоторые аргументы в его пользу, мы пришли к выводу, что, при соблюдении определенных условий, применение методологического обмана морально допустимо.

Основные аргументы против методов обмана сводятся к тому, что обман может причинить вред участникам исследований и нарушить их личную автономию. Нынешние профессиональные кодексы этики составлены так, чтобы не допускать психологические эксперименты с применением обмана в тех случаях, когда есть вероятность, что они причинят серьезный психологический вред участникам исследований. Эксперименты, проводимые в соответствии с существующими нормами, могут в некоторых обстоятельствах стать причиной умеренного стресса, но мы полагаем, что сама по себе возможность такого стресса не показывает, что эксперименты морально не допустимы. Допустимы ли эти эксперименты, зависит от моральной значимости других интересов, на которые было бы оказано отрицательное воздействие, если бы эти эксперименты не проводить.

Мы считаем, что ограниченное использование обмана в психологическом исследовании не обязательно нарушает автономию участников исследования. Если участники исследований предупреждены о том факте, что часть информации об эксперименте, которая предоставлена изначально, может быть неверной или неполной, и о том, что участники обладают возможностью безнаказанно выйти из эксперимента в любое время, то они контролируют свое участие в исследовании и их автономия не нарушается.

Методологический обман может быть использован для того, чтобы получить надежные результаты в важных направлениях исследований, таких как дискриминация на рынке труда. В этих случаях можно найти моральные доводы в пользу проведения экспериментов с

использованием методов обмана — это позитивные последствия, которые могут произвести на участников исследований экспериментальные результаты (через обретения личного самопознания) и на общество в целом (через обретение коллективного самопознания). Делая известными поведенческие предрасположенности, которые приводят к возникновению, скажем, дискриминации, социальные психологи могут помочь обществу найти способы, чтобы избежать несправедливость. Они могут помочь людям лучше контролировать свою способность принимать автономные решения и свое поведения, имея возможность оценить причины, которые стоят за их выборами. Этот тип самопознания может внести вклад в поддержку использования автономии. В настоящее время использование методов обмана — единственный эффективный способ получения такого типа самопознания в некоторых быстро изменяющихся ситуациях. Если появятся альтернативные и столь же эффективные методы исследований, этическая допустимость ограниченного использования обмана должна быть пересмотрена.

Литература

- Aronson E.* Dissonance, Hypocrisy and the Self-Concept // *Cognitive Dissonance*. Washington (D.C.), 1999. P. 103–126.
- Bok S.* Lying: Moral Choice in Public and Private Life. N. Y.: Vintage. British Psychological Society, 1999.
- Ethical Principles for Conducting Research with Human Participants, <http://www.bps.org.uk/the-society/ethics-rules-chartercode-of-conduct>. Accessed 24 September, 2005.
- Clarke S.* Justifying deception in social science research // *J. of Applied Philosophy*. 1999. № 16. P. 151–166.
- Dworkin G.* The Theory and Practice of Autonomy. N. Y.: Cambridge Univ. Press, 1988.
- Elms A.* Keeping deception honest: Justifying conditions for social scientific research stratagems // *Ethical Issues in Social Science*. Baltimore: John Hopkins Univ. Press, 1982. P. 232–245.
- Gillespie R.* Manufacturing Knowledge: A history of the Hawthorne Experiments. Cambridge: Cambridge Univ. Press, 1991.
- Kelman H.* Human use of human subjects: The problem of deception in social psychological experiments // *Psychological Bulletin*. 1967. № 67. P. 1–11.
- Kimmel A.* Ethical trends in marketing and psychological research // *Ethics & Behavior*. 2001. № 11. P. 131–149.
- Herrera C.* Two arguments for covert methods in social research // *British J. of Sociology*. 1999. № 50. P. 331–343.

- Lawson E.* Informational and relational meanings of deception: Implications for deception methods in research // *Ethics & Behavior*. 2001. № 11. P. 115–130.
- Milgram S.* *Obedience to Authority*. N. Y.: Harper & Row, 1974.
- Nisbett R., Ross L.* *Human Inference*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1980.
- O'Neill O.* Some limits of informed consent // *J. of Medical Ethics*. 2003. № 29. P. 4–7.
- Ortmann A., Hertwig R.* Is deception acceptable? // *American Psychologist*. 1997. № 52. P. 746–747.
- Patry P.* Informed consent and deception in psychological research, criterion. 2001. № 14. P. 34–38.
- Pingitore R., Dugoni B., Tindale S., Spring B.* Bias against overweight job applicants in a simulated employment interview // *J. of Applied Psychology*. 1994. № 79. P. 909–917.
- Pittinger D.* Deception in research: Distinctions and solutions from the perspectives of utilitarianism // *Ethics & Behavior*. 2002. № 12. P. 117–142.
- Saxe L.* Lying: Thoughts of an applied social psychologist // *American Psychologist*. 1991. № 46. P. 409–415.
- Wolf S.* *Freedom and Reason*. N. Y.: Oxford Univ. Press, 1990.

Примечания

- 1 Мы говорим «в настоящий момент», т.к. не исключаем ту возможность, что в будущем информацию о поведенческих склонностях, изучаемую социальной психологией, можно будет получать без помощи методологического обмана. Например, магниторезонансное отображение мозга могло бы сделать ненужной методологический обман в определенных направлениях исследований.
- 2 Некоторые считают, что просить участников исследований дать информированное согласие не всегда является необходимой мерой, гарантирующей, что их автономии не нарушат. В биоэтической литературе ведутся оживленные споры о связи информированного согласия и уважения принципа автономии, которым мы не можем сейчас уделить внимание. Достаточно сказать, что даже в контексте биомедицинского исследования остается открытым вопрос о необходимости информированного согласия для соблюдения принципа автономии (O'Neill, 2003).
- 3 Некоторые считают, что люди имеют право не знать самих себя, т.к. подобное знание психологически может вызвать стресс (за исключением, конечно, тех случаев, когда люди сами желают и намеренно стремятся получить такое знание). Участники исследований имеют право не быть обманутыми исследователями, которые стремятся вскрыть поведенческие наклонности к дискриминации. Эта точка зрения кажется сомнительной. Рассмотрим следующую аналогию. Знание, что люди являются продуктом процесса биологической эволюции, которая не была спланирована интеллектом и началась 4 миллиона лет назад, могло бы быть психологически крайне угнетающим для человека, считающего, что люди были созданы благим и всемогущим Богом несколько тысячелетий назад. Но несмотря на это, ни одно из прав этого человека не нарушается тем, что его обучают эволюционной теории в школах и университетах и выпускаются популярные книги, кото-

рые представляют доказательства в пользу этой теории. Для многих верующих сама мысль, что они были созданы не Богом, а «слепым» физическим процессом, обезкураживающа. Они могли бы считать, что, если нет никакого Творца, их жизнь не имеет значения. Влияние эволюционной теории на чью-то самооценку может быть даже более значительным, чем влияние психологического эксперимента, выявляющего некоторые бессознательные установки. Конечно, никто не «принужден» читать книги, защищающие эволюционную теорию, в то время как у участника эксперимента может не быть выбора в том, сталкиваться ли ему с непредвиденным самопознанием или нет, если он принимает участие в психологическом эксперименте, включающем определенные формы обмана. Но, в то же время, если эволюционная теория преподается в школе, он не может в действительности избежать знакомства с ней. Эти проблемы очень сложны и сводятся к тому, насколько трудно определить сферу применения заявленного «право на незнание».

Нравственные аспекты гипнотерапии

Проблема коммуникации – межличностной и внутриличностной – является одной из «вечных» проблем гуманитарных наук – как в исследовательском, так и практически-прикладном аспекте. Человек – существо диалогичное: даже тогда, когда он находится в одиночестве, он ведет диалог внутри себя, в своем внутреннем пространстве, и от того, насколько эти диалоги гармоничны и адекватны относительно окружающего мира, зависит продуктивность и эффективность его деятельности, его здоровье и удовлетворенность жизнью в целом. Потребность в понимании и уникальность бытия каждого индивида, желание сохранить эту уникальность, которую невозможно передать полностью при всем богатстве вербального и невербального языка, – одна сторона этой проблемы. Другая, не менее сложная для личности проблема – требования социума, стремящегося формализовать коммуникацию с помощью определенных правил и законов и стремление этим требованиям соответствовать наряду с желанием оставаться самим собой. Сочетание всех этих потребностей, нередко противоположных по своей направленности, нередко приводят к фрустрациям и даже психическим нарушениям.

Решение коммуникативных проблем – одна из основных задач психотерапии и психологического консультирования. К сожалению, далеко не все в пространстве нашего «я» поддается рациональному объяснению и дешифровке – огромный пласт проблем остается неосознанным. Все психотерапевтические школы стремятся к тому, чтобы по возможности увеличить долю осознаваемого, постепенно, пошагово распутывая сложный клубок проблем и конфликтов, однако

эта работа может продлиться на долгие месяцы и годы. Между тем ритмы современной жизни таковы, что у пациента зачастую просто нет времени годами заниматься своими глубинными проблемами. В практической психологии и психотерапии постоянно ведется поиск других, более быстрых и эффективных методик психотерапии. К таковым относятся все трансовые техники, включая терапевтическую метафору.

Транс — естественное состояние человека

Мы привыкли под словом транс, или гипноз понимать нечто из ряда вон выходящее, далекое от нашей обыденной жизни. Сразу приходят в голову истории о людях, совершающих различные странные действия — мяукающих, лающих или парящих под потолком, которые впоследствии не могут вспомнить о том, что с ними происходило. Подобного рода впечатления остались от различных шоу, которые могли иметь отношение к гипнозу (в основном к медицинскому, или к так называемому директивному гипнозу), а могли быть обычными специально организованными трюками. Так или иначе, человек в состоянии транса — для большинства людей, далеких от психологии и психотерапии, нечто загадочное и пугающее.

Между тем нет ничего более естественного и даже приятного для человека, нежели время от времени погружаться в транс. Самая обычная, точнее, самая известная разновидность транса — это сон. Особенно нас интересует состояние перехода между сном и бодрствованием, когда человек в полном смысле этого слова и не спит, и не бодрствует, — это самая волшебная вещь, которая происходит с человеческим организмом каждый день, и мы так привыкли к этому, что порой даже не замечаем, как мы ежедневно пребываем не просто в самом настоящем транссе, а в состоянии, являющемся средоточием наших личностных ресурсов. Слова и фразы, музыка, неясные шумы, услышанные извне в этом состоянии, вплетаются в чудную мозаику образов и переживаний, а наш мозг услужливо наполняет все это значением и смыслом. Те проблемы, которые терзали человека в его жизни, во сне преобразовываются, трансформируются и большей частью либо решаются, либо снимается их острота (не зря человеку, получившему эмоциональную травму, пребывающему в горе и отчаянии, советуют поспать, пусть даже с помощью снотворных или успокоительных). Так что сон — не только отдых и разрядка для наших мышц, но и своеобразное лечение душевных травм.

Если же грамотно помочь человеку погрузиться в подобное состояние и вместо случайных слов предложить ему специально составленные терапевтические истории или метафоры, его подсознание непременно «возьмет» эти ресурсы, и необходимые изменения в его состоянии произойдут как бы сами собой — с легкостью. Привлекательность этого вида психотерапии состоит именно в быстроте и легкости (для пациента) — ему не нужно годами ходить к психоаналитику и по мельчайшим крупичкам собирать необходимую информацию — хороший гипнотерапевт позволит ему получить всю необходимую информацию, переработать ее, использовать и забыть.

Особый тип психического функционирования

Состояния гипнотического транса помогают проводить организ-
му работу по *психическому переструктурированию*.

Милтон Г.Эриксон считал, что гипнотический транс сам по себе терапевтичен, т.к. позволяет человеку расширять его возможности за счет временного устранения *приобретенных ограничений*, накопленных им в течение жизни.

Одно из объяснений данного феномена — в специализации мозговых полушарий. Как мы видим ниже, в гипнотическом трансе преобладает функционирование правого полушария.

***Левое полушарие
(бодрствование)
преобладает сознательное***

*вербальное
логико-грамматическое
рациональное
конкретное
аналитическое
управляемое
концентрированное
напряжение*

***Правое полушарие
(гипнотический транс)
преобладает бессознательное***

*невербальное
визуально-пространственное
интуитивное
абстрактное
синтетическое
спонтанное
диффузное
комфорт*

В связи со сказанным выше, необходимо отметить следующее: т.к. функционирование правого полушария предполагает меньшую критичность по отношению к получаемой извне информации, человек в состоянии транса становится особенно восприимчив для прямых или косвенных внушений, что имеет не только положительные,

но и отрицательные стороны. Положительная сторона этого состояния в том, что, будучи расслабленным и максимально спонтанным, человек способен решать различные творческие задачи, касающиеся не только внешних, но и внутренних проблем — ведь в его распоряжении не только те возможности, которые ему известны (и которых ему не хватило самостоятельно справиться с проблемой), но и те, что недоступны ему в обычном состоянии: он может с легкостью перенестись в свое далекое прошлое или будущее, читать мысли, предвидеть события, превращаться в различных животных или других людей и т.п. — все, что случается во сне, но направляемое в нужное русло.

А негативной стороной является та же усиленная восприимчивость, которая может обернуться чрезмерной уязвимостью, если терапевт работает недостаточно этично. (Мы даже не говорим об осознанных злоупотреблениях — подобные случаи скорее должны рассматриваться не в психологии, а в юриспруденции...) Случайные, непродуманные слова или фразы, имеющие «двойной смысл» (возможно, только для этого клиента), могут в лучшем случае вывести его из транса, а в худшем — погрузить его в глубокие негативные переживания. Припоминается случай, когда гипнотерапевт делал временную регрессию (предлагал клиенту постепенно погружаться все дальше и дальше по времени в прошлое с целью углубить состояние транса) и наконец «наткнулся» именно на тот день, когда у клиента случилась страшная трагедия в жизни. Боль от воспоминаний о событии, которые отнюдь не вязались с теми индукциями, которые давал терапевт, оказалась сильнее — и вместо спокойного, гармоничного состояния клиент получил обновленные страдания от невозможной потери близкого человека. Разумеется, если бы он знал, что у клиента относительно недавно случилась такая трагедия, он бы иначе строил работу с ним — тут не было злого умысла, но результат оказался отрицательным. Поэтому всех начинающих гипнотерапевтов учат воздерживаться от применения транса в самом начале терапии, пока клиент еще не вполне изучен. Глядя на человека, который спокойно сидит перед вами и рассказывает о небольших проблемах на работе, не всегда можно увидеть следы глубоких психологических травм — он раскроется только постепенно, когда начнет доверять терапевту и убедится, что это не опасно. Так что психотерапевт, на которого накладывается огромная ответственность во всех случаях, какие бы техники он не применял, должен помнить, что использование транса обязывает его утроить эту ответственность, т.к., получая доступ к бессознательным ресурсам клиента, он получает доступ и к его глубоко скрытым страхам, травмам и внутренним конфликтам, с которыми нужно уметь работать очень аккуратно и осторожно.

Метафора – способ диалога с бессознательным

Использование терапевтических метафор имеет глубокие исторические и культурологические корни. В истории всех культур описаны великие мудрецы, рассказывающие сказки или странные истории, помогающие страждущему и вопрошающему найти ответ. Они никогда не давали прямых советов – лишь иносказательно, загадками, требующими дальнейшего разгадывания. Ведь хорош лишь тот совет, который человек принял всей душой, а для этого необходимо, чтобы его душа подготовилась, раскрылась навстречу мудрости, забыв на время о своих каждодневных заботах и затруднениях. Пока человек слушает историю, он расслабляется и перестает на какое-то время думать о себе и о своей боли, он занят разгадыванием загадки, не догадываясь, что эта загадка – ключ к его собственной жизни. Когда человек «болен» какой-то проблемой, его сознание сужается, он больше ни о чем не может думать, и чем глубже он погружается в свои негативные переживания, тем дальше он от решения своей проблемы. Парадоксально, но проверено фактами – только искренне забыв (на время) о своей проблеме, можно решить ее на глубинном уровне, потому что в процессе такого «псевдозабывания» все вопросы начинают решаться на бессознательном уровне, которое, как мы уже говорили, предлагает гораздо больше возможностей и вариантов. Сказки, истории, рассказываемые мудрецами для тех, кто оказался на перепутье, – по сути своей являются именно помогающими метафорами. Существует целая область психотерапии, построенная на использовании воздействия волшебных сказок – сказкотерапия, которая оказывается очень действенной, особенно при детских неврозах и нарушениях личности.

Метафорой может служить также некое специальное действие (психодрама, социодрама), художественные произведения (музыка, кино, литература), вся канва взаимоотношений клиента и терапевта в процессе сеансов, и, наконец, специально составленные истории различной степени сложности, которые сочиняются терапевтом для клиента с учетом всех его индивидуальных особенностей.

Действие грамотной составленной метафоры таково, что она включает в себя сообщения не только для рациональной части «я», но и для бессознательного. Этот способ является огромным шансом при решении сложных, комплексных проблем со сложными и многообразными связями.

Наше бессознательное работает по принципу духовной синергии: любая информация (при этом не обязательно логически строго организованная), встраивается в картину нашего внутреннего мира

и образует различные связи с уже существующими элементами. Именно поэтому метафоры, в которых содержание кажется расплывчатым и порой вовсе не относящимся к той или иной проблеме, порой оказываются удивительно эффективными.

Терапевтическая метафора — это послание на нескольких уровнях. История, анекдот, сказка, фраза, жест или даже поступок могут иметь два основных значения. Первое, явное, обращается к нашему сознанию, и передается с помощью вербального содержания. Второе, скрытое — послание, адресованное нашему бессознательному — то, что скрыто между строк, и прочесть его можно, лишь проанализировав глубинное содержание. В психотерапии метафора в виде специально рассказываемых историй или сказок относится к разряду косвенных внушений, т.к. ее действие мягко, не директивно и оставляет свободу разных вариантов толкований. В то время как сознание может быть занято содержательной стороной метафоры (порой настолько затейливой, что клиент даже теряет саму нить повествования), бессознательное улавливает глубинную структуру метафоры, в которой для него «закодирована» информация, позволяющая найти выход из проблемного состояния. В частности, в метафору можно «встроить» различные техники работы с соматическими болями, повторяющимися болезненными реакциями на те или иные события, убеждениями и даже ценностями — минуя таким образом сопротивление ограничивающих убеждений клиента. Также в метафоре будет дана подсказка, некий толчок, необходимый для того, чтобы человек впоследствии уже самостоятельно нашел выход. Такую роль может сыграть как готовая история (каковых существует множество), так и специально к этому случаю сочиненная — если речь идет о продолжении работы с давней проблемой клиента, все нюансы которой уже предварительно изучены психотерапевтом.

Отдельно заслуживают внимания метафоры, которые внезапно приходят терапевту на ум, когда психотерапевт испытывает интуитивную потребность рассказать клиенту какую-то историю, сочиняя ее прямо по ходу изложения — здесь можно говорить о том, что у терапевта с клиентом происходит диалог на уровне бессознательного. Находясь в контакте с клиентом, находящемся в трансе, терапевт не может и сам в какой-то степени не быть в трансе — иначе сеанс не будет успешным. Именно поэтому возможны те озарения и интуитивные находки, которые помогают клиенту в безвыходной, казалось бы, ситуации, в которой уже испробованы все мыслимые средства: находясь в трансе вместе с клиентом и будучи максималь-

но настроенным на него, психотерапевт получает доступ к своему творческому бессознательному и находит наилучшее для данного клиента решение.

Работа с метафорой по большей части проводится, когда клиент находится в трансe, и поэтому особую важность приобретает выработка этических норм и принципов с учетом границ ее применения, т.к. в состоянии трансa человек становится особенно уязвимым для различного рода воздействий на его личность.

Изучение механизмов воздействия разного рода терапевтических метафор, а также последствий их применения (этический аспект) имеет как теоретическое, так и практическое значение.

Медицина и, или парамедицина: в чем смысл конфликта?

С момента формирования медицины как разновидности научно обоснованной практики между ней и традиционными формами врачевания возникло глубокое противоречие. Уже Гиппократ считал принципиально важным бороться с «шарлатанами», не обладающими необходимыми знаниями и умениями. На протяжении всей последующей истории медицины этот конфликт с «парамедициной» сохранялся. В настоящее время к «парамедицине» можно отнести различные типы врачевания, основывающиеся на традиционных восточных идеях, шаманизм, знахарство, колдовство, многообразные формы народного целительства. Характерным для них всех является непризнание со стороны официальной, естественнонаучно ориентированной медицины.

Существует множество причин, вследствие которых миллионы людей во всем мире обращаются за помощью к представителям парамедицины. Часть пациентов обращается к шаманам и целителям, потеряв надежду на то, что врачи официальной медицины смогут помочь. Экологический кризис подорвал доверие к научному прогрессу как безусловному благу. Поэтому для многих людей привлекательны методы лечения и средства парамедицины, пропагандируемые как «естественные», «экологически чистые». Другим внушает доверие их «целостный» (холистический) подход, который противопоставит механистическому редукционизму классической медицины. Создают особую привлекательность также и «таинственность», а иногда – «запретность» практик парамедицины.

Отмеченные обстоятельства определяют объективные предпосылки развития парамедицины и делают невозможным решение конфликта между ней и научной медициной чисто административным путем.

В Советском Союзе парамедицина была под строгим запретом. Только «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» 1993 г. создали правовой механизм для деятельности представителей парамедицины в качестве «народных целителей».

Однако конфликт остался, и подчас он приобретает весьма драматические черты. Особенно болезнен этот конфликт в онкологии и прежде всего в детской. Ведь если взрослый пациент сам за себя решает — доверять ли ему научной медицине или обратиться к целителю, то за ребенка решают другие, прежде всего его родственники. Результат этих решений может быть трагичен. Очень полезной для понимания остроты и сложности проблемы отношения к парамедицине стала наша беседа с главным врачом Отделения реабилитации НИИ детской онкологии и гематологии (НИИ ДОГ) доктором медицинских наук Г.Я.Цейтлиным. Существует огромное многообразие слов, с помощью которых так или иначе люди пытаются обозначить практики врачевания, отличающиеся от тех, которые развивает современная медицинская наука — «альтернативная медицина», «народная медицина», «комплиментарная медицина», «традиционная медицина», «параллельная медицина», «магия», «колдовство» и т.д. По мнению Г.Я.Цейтлина, самое главное — различать два основных типа. Представители одного из них признают значимость и эффективность научного подхода к терапии и профилактике заболеваний человека. Это направление можно назвать — «дополнительной (или комплиментарной) медициной», хотя их собственные методы и не основаны на точных научных знаниях, но способны дополнить методы научной медицины благотворным воздействием на психосоматическое состояние больных, их образ жизни, диету и др.

В отделении реабилитации НИИ ДОГ самое серьезное внимание уделяется тому полезному арсеналу оздоровительных средств, который накоплен «дополнительной медициной», включая диетические факторы, гимнастические упражнения (особенно дыхательные), экологические, педагогические, психологические и др. методы. Естественно, никаких принципиальных проблем в отношении с представителями «дополнительной медицины» быть не может. Есть много чисто административных, финансовых, информационных и организационных трудностей на пути совместной работы. Однако их можно преодолеть при наличии соответствующей воли, знаний и навыков — прежде всего у представителей научной медицины, на которых общество возлагает особую ответственность за охрану здоровья пациентов.

Однако есть и другое направление, которое правильной называть «альтернативной медициной». Его представители считают научную медицину несостоятельной, а собственные методы — чудодейственным разрешением всех возникающих проблем со здоровьем человека. Г.Я.Цейтлин подчеркнул исходно конфронтационный характер взаимоотношений между «альтернативной» и «научной медициной». Здесь-то и таится основная опасность. Ведь народные целители из этой группы не просто предлагают свои услуги в лечении больных детей, но и настаивают, чтобы родители прекратили их лечение у онкологов. А.Я.Цейтлин рассказал о нескольких случаях из собственной практики, когда под влиянием целителей родители прекращали лечение на ранних стадиях заболевания, с хорошим терапевтическим прогнозом, а затем возвращались в онкоцентр с детьми, у которых практически не оставалось никаких шансов — опухолевой процесс был слишком запущен. Как можно относиться к подобным фактам — если, с одной стороны, знаешь, что ребенку можно было помочь, а с другой — видишь как вера родителей в «чудо» фактически обрекает его на гибель?

Вместе с тем А.Я.Цейтлин очень осторожно подходит к вопросу о терапевтической эффективности методов альтернативной медицины. Организм человека слишком сложно устроен, а научные данные еще явно недостаточны для понимания его жизнедеятельности. Поэтому ученый совет НИИ ДОГ несколько лет назад сделал попытку организовать совместную работу с одним из известных целителей, который прошел специальную подготовку и у нас, и за рубежом. К сожалению, после нескольких месяцев совместной работы целитель (с ним была целая бригада помощников) прекратил выполнять условия ранее согласованного с ученым советом протокола, а затем и вообще отказался от сотрудничества.

Конечно, по одному неудачному опыту не следует делать далеко идущих обобщений, но Г.Я.Цейтлин полагает, что в данном случае проявилась весьма характерная черта альтернативной медицины — склонность ее представителей к «таинственности», на чем основана ее притягательность для многих пациентов. Одновременно снимается вопрос об ответственности целителя, что весьма важно для коммерческого успеха «альтернативщиков».

Можно ли практически защитить ребенка от безответственного решения родителей опасного для его здоровья? В некоторых странах мира существует практика временного судебного ограничения родительских прав — на период оказания медицинской помощи их детям. Г.Я.Цейтлин полагает, что, к сожалению, у нас суды не готовы к регули-

лированию подобного рода ситуаций (хотя, по мнению специалистов, правовые основания для судебных решений есть). Следует также отметить, что медицинские учреждения из-за бюджетного недофинансирования и отсутствия желания найти соответствующие внебюджетные средства фактически не способны без помощи родителей оказать эффективную помощь детям, страдающим онкологическими заболеваниями. Поэтому практика судебного ограничения родительских прав для спасения детей у нас в ближайшее время не будет работать.

Как в такой ситуации могут строиться отношения с альтернативной медициной? Ни ее запрет, существовавший в Советском Союзе, ни столь же формально разрешенная вседозволенность последних лет проблему не решают. Необходима полноценная социализация альтернативных медицинских практик, что предполагает не только предоставление прав на соответствующую практику, но и вменяет целителям определенные социальные обязанности. Народные целители и другие представители альтернативной медицины должны стать ответственными социальными агентами, в том числе и ответственными партнерами пациентов. Здесь-то и возникают основные проблемы, включая моральные проблемы в отношениях представителей альтернативной медицины и их клиентов.

Главная трудность заключается в том, что в рамках господствующей цивилизации, так или иначе основанной на идеалах и принципах современной науки, действия представителей альтернативной медицины оказываются социально не наблюдаемыми. В значительном числе случаев положительные и отрицательные эффекты, связанные с действиями представителей альтернативной медицины, не могут быть объективно зарегистрированы и, следовательно, отсутствует возможность их социального контроля.

Научно ориентированная медицина организована таким образом, что любой метод врачевания или лекарство получают официальное разрешение от государственных органов здравоохранения на применение только после предварительных доклинических и клинических испытаний. Научное медицинское сообщество в принципе несет ответственность перед обществом в целом за качество и эффективность используемых средств врачевания. Одновременно оно вырабатывает стандарты врачевания, ориентируясь на которые можно оценить действия отдельного врача. Без этих стандартов невозможно сказать, совершил ли тот или иной врач ошибку (например, передозировал лекарственное средство, сделал неверное назначение, неверно диагностировал заболевание), а значит, и невозможно установить

ответственность за неблагоприятный исход врачевания. Благодаря наличию этих стандартов классическая медицинская практика находится под более или менее эффективным социальным контролем, а врач является в полном смысле ответственным (и перед обществом, и перед своими пациентами) социальным агентом. Конечно, все это лишь «в принципе». Отклонения, особенно в современной России, вполне возможны. Однако подчеркнем — все это отклонения от общепризнанного правила.

Для представителей альтернативной медицины характерна апелляция к таинственному («эзотерическому») знанию, основывающемуся не на объективных научных процедурах, открытых беспристрастной проверке, а на внутренних тайных озарениях и откровениях целителя, на его экстраординарных способностях и талантах. Эзотерический опыт не может быть наблюдаем со стороны, он не может быть, в принципе, объективно опровергнут или подтвержден. Поэтому никто не может со стороны сказать — ошибся ли «маг» или «чародей» или нет. Выполнил он свои обязательства перед клиентом или не выполнил. Ситуация слишком часто напоминает сказку Андерсена о голом короле.

Это создает благоприятную почву для самых бессовестных обманов и фальсификаций. Пациент, вступая в отношения с представителем альтернативной медицины, оказывается незащищенным. Не сформировано таких социальных механизмов, которые смогли бы установить ответственность целителя за профессиональный обман, ошибку или нанесенный ущерб. Не случайно, что страховые медицинские компании во всем мире проявляют незначительный интерес к деятельности «хиллеров» и других «альтернативщиков». Подчеркнем важное обстоятельство — нет сомнения, что пациенты после воздействия «хиллера» могут в ряде случаев переживать облегчение своих страданий и улучшение состояния здоровья. Поэтому в обществе достаточно врачей (выше мы уже ссылались на мнение доктора Г.Я.Цейтлина), которые не спешат огульно отрицать целительные возможности альтернативной медицины. Дело в другом — объективно эти изменения трудно оценить. Поэтому страховщики, для которых объективная оценка качества услуги — важнейшее условие деятельности, весьма сдержанно относятся к альтернативной медицине.

Таким образом, основная моральная проблема заключается в том, что юридически легализованная альтернативная медицина остается не социализованной, т.е. не включенной в число ответственных перед обществом и своими клиентами социальных практик.

ПРОБЛЕМЫ ВИРТУАЛИСТИКИ

О.А. Скоркин

Гуманитарная экспертиза в системе образования

Общий, или наивный взгляд

Система образования, по-видимому, одна из наиболее противоречивых областей человеческой деятельности. Педагогика — это наука или искусство? В школьном обучении взаимодействуют (и давно) не пара ученик-учитель, а более представительное множество: родители, потребители обучения (высшая школа и рынок труда) и координаторы (администрация школы и вышестоящие организации). Мотивация участвующих в этом взаимодействии к единому модусу не сводима. Ученика никто и не спрашивает, чему и как его обучать. Учителю, разве что в начале своей педагогической деятельности, следует рекомендациям нормирующих материалов, а далее он каждый сезон для каждого класса переосмысливает материал и форму его подачи. Администрация и вышестоящие организации, как всякий чиновничий корпус, является хранителем сложившихся канонов системы обучения и поддержания собственного статуса. Родителей интересует будущее возможностей ученика (экономических перспектив, престижности среды и т.п.).

В этом сложном организме противоречия на каждом шагу. Число несообразностей в текущей педагогической практике заикливают.

1). Перегруженность школьника

Действительно, начальная школа перегружает ребенка. Более того, ориентир взят на усиление дошкольного образования, и если этому поверить, то чтение, письмо и арифметика в недалеком будущем станут прерогативой детского сада. Начальная школа будет все более насыщать ребенка информацией (если у школы появляется возможность, то азам общения с компьютером ребенок приобщается со 2—3 класса и оперирует с файлами, папками-каталогами, осваива-

ет клавиатуру, дисководы, CD-устройства, приобретает представление об объемах используемой памяти и пр.). Далеко не все родители столь искушены в современных премудростях. Через 5–6 лет эффект такой перенасыщенности проявится в самой несурзадной форме — противодействие школьника в осознании бессмысленности всего этого процесса наполнения школьной грамотой. Сам же учитель физики, к примеру, не владеет понятиями биологии, а биолог не владеет тем «минимумом» химии, и все они не осложнены знаниями иностранного языка, и, к тому же, регулярно просят учеников что-то выполнить на компьютере, поскольку сами не умеют. И школьнику-несмышленичку надо все это знать и уметь.

2). Разные школы, требования едины, результаты обучения качественно разные, формально же одинаковы — получение аттестата зрелости. Не потому ли многие вузы идут по пути организации довузовского образования, организуя разного рода курсы, чтобы единообразно «причесать» абитуриентов для их последующего обучения (читай: для удобства работы профессорско-преподавательского состава вуза).

3). Совершенно разная система оценивания

Оценка успеваемости и оценка знаний-умений-навыков не обязательно связаны. В рамках одного класса два учителя (по информатике класс, к примеру, разбит на две группы) по-разному оценивают успеваемость. Отличник в одной группе слабее троечника другой группы и соответственно, наоборот. Как так? Очень просто — один из них много рассказывает, показывает и требует больше, а другой не очень владеет предметом, зато отметки четыре или пять.

4). Единообразный аттестат

Система общего образования самодостаточна, аттестат зрелости около 100 лет перестал быть индульгенцией высшего образования, школа не несет никакой ответственности за выданный аттестат и не может нести в силу разнородности условий работы и требований к учащимся в учреждениях полного среднего образования, субъективизма в оценке знаний. Школа имеет своей основной целью дать «путевку в жизнь» с неопределенностью, диктуемой собственными условиями и региональными ограничениями. Подготовленность к последующим этапам обучения — «фиговый листок», как и формальная непрерывность в образовании. В аттестатах зрелости отсутствуют объективные характеристики обучения: школы разные, а аттестат типовой — не указывается число учебных часов по предметам, отсутствует неудовлетворительная оценка по какому-либо предмету и пр. Видел ли кто-нибудь в аттестате двойку хоть по какому-нибудь предмету? А велика ли разница между аттестатом престижной гимназии и за-

урядной общеобразовательной школы? Есть разве что медалисты, но они не рвутся опробовать себя по системе Единого государственного экзамена. Аттестат зрелости ведь не всегда был так обезличен и обезценен. В 1873 г. во все гимназии Российской империи были приняты 57917 учеников. 51406 либо не выдержали испытаний и были исключены либо, отчаявшись, отказались от попытки продолжить учение. Из тех, кто не отказался от попытки, 25% провалились на выпускных экзаменах и тоже остались без аттестата зрелости [1].

5). Список несложно продолжить... Слишком знакомая и беспробудная ситуация, к которой ведут чиновничество, формализм и «показуха» в системе образования [2, 3, 4].

Означенная грусть по поводу школы может показаться архаичной, так было 50, хотя и 30, и 20 лет назад. В полной мере это относится и к современной, обычной общеобразовательной школе, в том числе и к школе-новостройке.

Перечисленные сложности в системе образования являются следствием двух непреодолимых принципов, невольно наполняемых самым разным содержанием:

- а) традиционность
 - акцент на объекте познания,
 - формирование механистической и детерминистской картины мира,
 - преобладание методов обучения, ориентированного на передачу знаний и методов решения,
 - разделенность социально-гуманитарных и научно-технических компонент;
- б) авторитарность обучения.

Может, за границей лучше

Школьная программа по математике охватывает материал, который, кроме школы, в современном мире больше нигде никто не изучает.

П.Хилтон

В системах образования стран Западной Европы, Америки, Канады, Израиля и Японии много общего с нашей системой образования, и в первую очередь принципы, положенные в основу организа-

ции системы образования. Насколько рационально сравнивать разные декларации или предметные программы? Во введении к американской программе «Национальные цели образования» (1990) говорится: «Образование – основной показатель качества жизни. Это сердцевина нашего экономического могущества и безопасности, творческого потенциала, науки, культуры, искусства. Образование – это ключ к обеспечению конкурентоспособности Америки в XXI в.». Красиво ведь, какие могут быть возражения.

Хотя в каждой стране есть свои особенности, вытекающие из особенностей национальной культуры и традиций. Например, средняя школа (после начальной) в Японии – шестилетняя, во Франции – семилетняя, в Италии – восьмилетняя, в ФРГ – девятилетняя [5, с. 10], и из этого ничего не следует. Для осмысления логики организации системы образования необходимо немного ознакомиться с фактическим материалом [6, 7, 8, 9, 10], сжатая справка которого представлена ниже.

Великобритания. Первая попытка унификации требований к образовательному уровню выпускников средних школ предпринята в 1951 г. введением общего свидетельства об образовании (General Certificate of Education – GCE), ориентированное для желающих продолжить образование в высшей школе. С 1965 г. свидетельство о среднем образовании, имеющее официальный статус (Certificate of Secondary Education – CSE), стали получать ученики, уровень подготовки которых не позволяет сдавать экзамены на GCE. Реформа 1985 г. – унификация экзаменационных требований к выпускникам средней школы: введение экзамена повышенного уровня (Advanced Supplementary – AS), который одновременно является экзаменом в высшее учебное заведение. В 1988 г. правительство консерваторов приняло Закон о реформе образования, который усиливает центральную власть и вводит обязательное изучение во всех средних школах трех предметов: английского языка, математики и естествознания и еще семи предметов, среди которых история, география, технология, иностранный язык, физкультура, искусство, музыка. Раньше в большинстве средних школ обязательными были лишь английский язык, математика, физкультура и религия. В полной средней школе у учеников сохраняется большая свобода выбора. Закон требует изучения 10 предметов, но в порядке, определяемом самими школами. Учебная неделя во всех учебных заведениях пятидневная. В университеты принимаются лица, имеющие общее свидетельство об образовании, в котором не менее двух предметов, соответствующих профилю избранной специальности, сданы на повышенном уровне. Прием в уни-

верситеты осуществляется Центральным советом по приему, который распределяет абитуриентов на основе конкурса документов (иногда с собеседованием или тестированием).

Германия. Цепочка типов школ (гимназия → реальная школа → главная). Главная (5–9 гг. обучения) – для наиболее успевающих возможно продолжение обучения в гимназии. Реальная (5–10 гг. обучения) имеет практическую ориентацию и право поступать в высшие профессиональные школы. Гимназии – право поступления в университеты. Документ об окончании средней ступени гимназии эквивалентен документу об окончании реальной школы.

На старшей ступени гимназии введена курсовая система обучения. Школьники составляют индивидуальный учебный план, в котором наряду с обязательными предметами дисциплины по выбору (элективные дисциплины). По всем предметам предлагаются основной (2–3 часа в неделю) или расширенный (5–6 часов в неделю) учебные курсы. Обучение по курсовой системе и проводится в течение 4 полугодий, общий срок обучения 2,5–3 г., допускаются индивидуальные темпы обучения. Продолжительность обучения может быть сокращена на полгода или продлена на год. В число обязательных предметов должны входить два предмета из трех следующих: родной язык, иностранный язык, математика. По одному из обязательных предметов сдается выпускной экзамен. Обучение завершается сдачей экзамена на аттестат зрелости по 4 предметам, избранным школьником при переходе на курсовую систему обучения, при этом 2 предмета должны быть изучены по расширенной программе. Экзаменационные дисциплины должны представлять все три группы дисциплин. Дифференцированная детализация оценок (0–15 единиц). Аттестат выдается ученикам, набравшим не менее 280 единиц (110 – по основным курсам, 70 – по расширенным курсам, 100 – за экзамены). Получившие аттестат зрелости, имеют право подать заявление и быть зачисленным в вуз. Обучение в государственных вузах бесплатное.

Америка. Каждый школьник может выбирать состав предметов обучения из великого множества курсов. Преподавание ведется на различных уровнях знаний. Это означает, что школьник может изучать физику на простом, описательном уровне или университетском. Или не изучать совсем... Но не набрав нужного количества баллов-кредитов по «социальной активности», американский школьник не получит диплома об окончании школы. Такой «активностью» может быть уборка мусора, разбор школьного архива или работа в библиотеке, посильная помощь персоналу интерната для престарелых или что-то подобное. Небольшое общее число баллов-кредитов в аттестате означает малые перспективы продолжения обучения.

С 1988 г. в колледжах среднего образования работают оплачиваемые консультанты по профориентации. Пересмотр содержания школьного образования в начале 1960-х гг. Реформа 1961 г. началась на принципах пяти базисов. Обязательное обучение по пяти направлениям: родной язык и литература (4 года), математика (4 года), естествознание (3 года), социальные науки (3 года), компьютерная техника (полгода). Введение «базисов» означало сокращение объема обязательной подготовки. Одновременно нарастала насыщенность программ углубленными курсами по выбору (элективные курсы). Однако с 1982 г. началась реформа, направленная на возвращение в разряд «базисов» дополнительных учебных дисциплин.

Канада. На высшей ступени средней школы по результатам специальных интеллектуальных тестов проводится дифференцированное распределение обучающихся на общенаучные (академические) и профессиональные (прикладные – коммерческие, технические и т.д.) потоки. Окончание средней школы дает право на поступление в вуз. Содержание обучения предполагает изучение как обязательных предметов (английский и французский языки, математика, естествознание, история, география, физическое воспитание), так и предметов по выбору (экономика, искусство, предметы практического цикла).

После общеобразовательной средней школы (младшая ступень – 9 классов) возможно платное обучение в колледжах, профессиональная подготовка в которых гарантирует устройство на работу.

Израиль. При 12-летнем обучении экзамены на аттестат зрелости по некоторым предметам начинаются с 10-го класса по этапам. Каждый предмет может изучаться на разных уровнях сложности. Ученик выбирает уровень сложности изучаемого предмета. Для получения полноценного аттестата необходимо сдать экзамены по определенному набору обязательных предметов, к которому добавляется набор предметов по выбору. Подавляющее большинство предметов являются «единицами», «государственными» и письменными и проводятся по всей стране одновременно. Существует оговоренная законом практика повторной сдачи экзаменов для улучшения общего уровня аттестата – до 40 лет.

Мне хотелось бы обратить внимание на две позиции: свобода выбора ученика и юридическая значимость выпускного документа для указанных стран. Как следствие в США, Канаде, Франции, Италии многие вузы (включая и ряд университетов) зачислят без экзаменов в число студентов всех абитуриентов, имеющих свидетельства об

успешном окончании полной средней школы; число вакансий на первых курсах не лимитируется. В государственных послесредних учебных заведениях ряда западноевропейских стран плата за обучение либо полностью отменена (Германия, Австрия, Скандинавские страны), либо снижена до символического значения ([5], с. 106).

Мотивация учителя

Профессию учителя... и почитают и презируют. Ее превозносят как подвижничество и язвительно отзываются о ней как о пустом занятии.

Д.Лорти

Кто знает, тот делает, а кто не знает, тот учит.

Б.Шоу

Учитель — не престижная профессия и никогда в России не была ею. С чеховских времен сохраняется имидж учителя-«шкраба», некоего «человека в фуляре». И бранить-то его не за что, и симпатий вызывает крайне мало. Неблагодарность такой чиновничьей службы очевидна, она вытекала из табели о рангах. А последующие песнопения в адрес учителя (по художественной литературе, кинофильмам, театральным постановкам) неубедительны.

Каковы моральные и материальные стимулы педагогического труда? Весьма скромные.

Две-три студентки начальных курсов педагогического университета (сейчас большинство вузов университеты или академии) приходят в школу с рекламой своей новой alma mater. Аргументы — наряду с выбранным профилем обучения (например, учителя географии) приобретается бумага о юридическом образовании, дополнительная специальность из сферы туристического бизнеса, а для ребят, кроме того, освобождение от службы в армии при условии работы по специальности (т.е. в школе) не менее двух лет. Безмолвно предполагается, что по окончании педагогического университета по специальности редко кто работает. Как-то издавна повелось, что без претензий (если никуда не поступил) можно поступать в педагогический. Там всегда, с дорогой душой, особенно ребят. Число троек в аттестате

ограничено разве что списком предметов. Можно понять мать, обрекшую себя на «учительство» ради блага собственного чада, а если их несколько, то тем более.

Провозглашенное на заре президентства Б.Ельциным громкое обещание оплачивать труд учителя на уровне средней зарплаты в промышленности так и остается блефом: в 1999 г. зарплата в образовании составляла 52% от средней в промышленности, в первые 5 месяцев 2000 г. — 48%. Обещанные прибавки к номиналу будут съедаться ростом цен на основные продукты питания и товары ширпотреба, ростом тарифов на оплату жилья и коммунальных услуг, расходов на пользование транспортом. А удельный вес затрат с 3,45% в 1998 г. никак не достигнет 5%. Впрочем, материальный стимул учителя — тема скучная и безнадежная.

Информационный взрыв

Программирование — вторая грамотность.

А.Ершов

Нельзя не согласиться с аргументами М.Эпштейна о возрастании диспропорций между развитием человеческой индивидуальности в рамках практически того же возраста и социально-технологическим развитием человечества. Груз знаний предшествующих поколений не усвояем для человека XXI в. Поэтому неудивительна «функциональная» неграмотность современного человека среднего возраста и старшего поколения, уваливающего от технических благ постиндустриального модерна — мобильных, автоответчиков, фотоаппаратов с оцифровкой, мультимедиапроекторов, компьютеров с разными CD-устройствами, принтерами, сканерами. Не новость, что большинство учителей, включая учителей по информатике и информационным технологиям, пользуются помощью учеников для овладения новинками технологий, не будучи способными по инструкциям или по учебной литературе самостоятельно с этим справиться, что и является по сути функциональной неграмотностью. Если кто и держится на уровне, осознает, что это ненадолго. Современный человек пропускает сквозь себя объем информации в десятки тысяч раз больше, чем 5 веков назад. Величайшие библиотеки мира каждые 14 лет удваивают свои запасы. Число выпускаемых книг удваивается каждые семь лет [11, с. 217]. Отставание человека от человечества. Значит, выход следует искать в чем-то ином.

«Этот прорыв разума за пределы биологических ограничений приведет в конечном счете к новому симбиозу машины и человека. Раньше человек использовал машины. Теперь человек и машина образуют единое целое. Они могут и должны будут научиться думать вместе» [12, с. 265].

В конце XX в. возникло противоречие между целостностью культуры и технологией ее фрагментарного воспроизводства через знаниевый тип обучения, обострились противоречия между непрерывно возрастающим объемом знаний, необходимых человеку, и ограниченными условиями овладения ими. Переход в «быстрое» пространство благодаря развитию средств передачи и переработки информации оказался столь существенным и стремительным, что ни экономика, ни система образования оказались не готовыми к этому проявлению постиндустриального общества. Жизненный уклад меняется чаще, чем происходит смена поколений. Специалист практически любой сферы вовлечен в непрерывное повышение образования, иначе рискует оказаться функционально неграмотным.

В существующей ныне, но, по-видимому, совершенно бесперспективной в будущем информационно-транслирующей парадигме образования, рассчитанной на передачу знаний, трансляцию информационных массивов, скопившихся в различных отраслях науки, техники и технологии от одного поколения к другому, компьютер и его информационно-обрабатывающие функции — несомненно, благо. Эта парадигма, несмотря на декларативные призывы к ее трансформации и даже полной замене парадигмой личностно-созидательного образования, все еще сильна, но последствия ее уже очевидной несостоятельности перед лицом глобального вызова времени, становятся все более угрожающими.

Информатизация — катализатор качественных изменений в работе школы. Но это не установка компьютеров в школах и вузах и подключение их к Интернету, это процесс изменения и содержания, и методов, и организационных форм общеобразовательной подготовки в условиях информационного общества. Именно информатика оказывается в ряду предметов, занимающихся образованием человека, причем образованием такого сорта, какое не способен дать ни один другой школьный предмет. Резко возрастает мотивация учеников при подготовке рефератов, докладов и сообщений. Информатика в школе становится «метадисциплиной», «надпредметом», реализующим интегративную функцию, и носителем инновационных процессов в школе [13]. Реальная возможность изменения и в целях, и в содержании, и в методах обучения — качественные преобразования, способ-

ствующие повышению эффективности образования, в том числе – распространение практики проведения «учебных проектов» (развитие самостоятельности и практическая направленность обучения), изменение взаимоотношений между учителем и учеником, новый уровень доступа к информации. Интегративный потенциал современной информатики превосходит все, с чем до сей поры сталкивалось человечество.

О творчестве

Учат одному, а научают другому.

Г. Щедровицкий

«Остроумию нельзя научиться с помощью школьного механизма с его принудительностью; оно, как особый талант, принадлежит к щедрости образа мыслей при взаимном обмене их» [14, с. 462]. Ученик творческий – это головная боль для директора, учителя, собратьев по учебе. Он и сам иногда не ведает, что сотворит в следующее мгновение. В лучшем варианте он проспит школьную физику, как А.Эйнштейн.

Прекраснейшим примером особого рода содружества учеников и учителей является ежегодный семинар в Алуште, на котором обсуждаются лучшие студенческие работы по современным технологиям в задачах управления, автоматике и обработки информации. В организации этого мероприятия неоценима роль проф. Г.Н.Лебедева. В 2004 г. участие в работе семинара приняло около 250 человек, представителей 18 вузов – МАИ, МИРЭА, МЭИ, МИФИ, МГУ, МГАПИ и др. Половина из них студенты и аспиранты, профессуры более 50 человек. Насколько талантливы наши дети (если попадают в хорошие руки), можно судить по аннотациям представленных работ [15]. Самым значимым, по-видимому, является среда дружбы, уважения и доверия, обеспечивающая связь поколений в передаче научной эстафеты от старшего поколения молодому. Крайне интересен сайт mifist.ru. Кроме традиционной информации о вузе на сайте представлен список всего профессорско-преподавательского состава, каждая позиция которого разворачивается во мнения студентов о выделенной персоне. Мнения эти, наверное, некоторым не очень приятны, но они все искренни, хотя бы потому, что анонимны. И есть некоторая этическая грань, через которую никто не претупает. Сайт открыт и регулярно пополняется неуправляемым образом. В итоге вроде, как «глас народа – глас Божий». Держать та-

кой сайт может только очень сильный вуз, так же как пренебречь на сцене обаянием может только великий актер. К сожалению, такой пример – исключение, а не правило.

А если серьезно, или «Что делать?»

Неграмотным человеком
завтрашнего дня будет не тот, кто
не умеет читать или пользоваться
компьютером, а тот, кто не
научился учиться.

В.Каширин

Признаками хороших способностей Сократ считал быстрое усвоение человеком предмета, который его занимал, запоминание выученного и интерес к занятиям. «Главная задача вызвать к жизни лучшие, сокровенные душевные силы воспитанника, внимательно изучая его склонности и способности. Истинное знание нельзя вложить в сознание извне, оно должно вырасти из глубины его личности и с помощью учителя выйти на свет во всеоружии, как Афина из головы Зевса».

Конечно, учащимся нужно уметь ориентироваться в нарастающем объеме информации и осознавать время их жизни. Сегодняшняя истина становится завтрашним заблуждением. Это не значит, что не надо изучать сегодняшние факты и истины. Но, понимая смертность знаний, надо осознать вечность самосознания науки.

В течение последней четверти века практически во всех странах происходит смена образовательной парадигмы, смещающая акцент с усвоения учениками готовых знаний на их самостоятельную познавательную деятельность. Новая образовательная парадигма радикально изменяет ситуацию: из жреца – толкователя учебника учитель превращается в лоцмана, указывающего ученику путь в глобальном информационном пространстве, включающем в себя не только множество учебных пособий отечественных и зарубежных авторов, но и новые информационные технологии, в том числе Интернет.

Успешность модернизации российского образования зависит в первую очередь от учителей-предметников. Педагогу-предметнику необходимо осваивать роль консультанта для ученика как активного исследователя, творчески и самостоятельно работающего над решением учебной задачи, широко использующего информационные технологии для получения необходимой информации. Эффективное использование современных информационных технологий, их гра-

мотное встраивание в педагогический процесс своих учебных предметов и в образовании в целом единой информационной среды позволят перейти к новой современной парадигме образования.

Проблема инноваций обычно ограничивается внедрением достижений науки и распространением передового педагогического опыта. При этом возникает образ учителя как человека, которого достаточно наполнить новыми знаниями и умениями, чтобы он стал вдохновенно и результативно использовать новые идеи и способы работы. Практически так не бывает. Нужна питательная информационная среда [17].

Хорошее преподавание предполагает обучение школьников тому, как надо учиться, запоминать и контролировать процесс собственного учения. Образование должно *научить учиться* всегда и везде – таково требование метаобразования.

События же последних десятилетий в российском образовании оставляют мало места для оптимизма. И, в первую очередь, это относится к результатам реформ и преобразований, возникновению неопределенности целей и содержания образования – падение престижа фундаментальных наук (объем математики старших классов 210 часов вместо привычных 350, включение курсов ОБЖ, валеологии, экологии, общемировая культура и пр.), платность обучения в высшей школе (с редким исключением для избранных, притом с риском что тоже оплаченных по другой шкале), незначимость аттестата зрелости (медалисты принимаются в высшую школу на общих основаниях, аттестуются все независимо от уровня знаний, умений и навыков соответственно), разнородность учебников и необеспеченность наглядными пособиями. «Митрофанушки ставятся на поток», «углупленное изучение» – ставший привычным крик души. С каждым десятилетием, да что там, с каждым годом проблематика состояния системы образования все острее.

По-видимому, проблема лежит в плоскости самосознания системы образования и всего общества, в общественном укладе, в структуре человеческих отношений, в предельном образовательном результате и философском основании сущности человека. Налицо очевидная потребность в гуманитарной экспертизе.

Гуманитарная экспертиза в системе образования имеет опыт своего проявления более двух десятилетий. Однако предметом экспертизы являются, скорее, околообразовательные проблемы, как-то: экспертиза образовательных ресурсов, системы оценивания знаний, психологического и физического здоровья учащихся, толерантности в образовании. Ключевые вопросы, содержание и цели образования

если и рассматриваются в частных случаях, то имеют крайне неопределенные выводы. Любопытно, что руководители, как и учителя одного практически любого образовательного учреждения, наделяют содержание образования разным смыслом. В работе [18, с. 349–374] убедительно представлено, сколь сильно отличаются цели в предельных случаях закрытых и открытых образовательных программ, парадигмы обучения и взаимоотношения учителя и ученика.

При закрытом типе программы образовательная деятельность сводится к трансляции и контролю усвоения. Образовательная программа присутствует как данность, осмысленность комплекта понятий которой требует отдельного анализа, набор лабораторных навыков далеко не всегда реализуем из-за ограничений экономического толка. Учитель дожидается определенного ответа, ему известного, на поставленный вопрос. Ученик воспринимается как объект работы, аналогично взаимодействиям с одушевленными объектами в армии и в пенитенциарных учреждениях. Проблем развития личности, как и проблем творчества, не возникает. Вектор обучения ориентирован на практическую компоненту, обучение навыкам, но отнюдь не мышлению. Тематические и поурочные планы, традиционная классно-урочная система и из существенных новинок последнего десятилетия в системе образования Болонское соглашение и ЕГЭ работают на закрытые программы.

Программы открытого типа ориентированы на самоопределение и становление личности. Учебная тематика выполняет роль средового фактора, в котором разворачивается исследовательская и проектная деятельность. Это принципиально иное взаимодействие учителя-мастера и ученика-фантазера, в совместной деятельности интеллектуально обогащаются оба. Результаты работы заранее неведомы никому. Мерой образованности становится весь спектр методов и средств проектно-исследовательской работы и личностное развитие в меняющихся средах. Необходимым условием получения результатов является заинтересованность участников. Оценка результатов может и не иметь смысла. Программы обучения открытого типа индивидуальны, вместе ведь не думают. В малых группах опыт такого образования имеет место, к примеру, в школах живописи, ваяния и зодчества, в некоторых престижных технических высших школах, в специализированных гимназиях, в вальдорфских школах.

Применительно к системе образования гуманитарную экспертизу можно оценивать в двух аспектах — в широком, условно общегосударственном и узком, ориентированном на конкретное образовательное учреждение, и в соответствии с этим рассматривать круг задач,

решаемых использованием результатов гуманитарной экспертизы. Типология школ по организационно-образовательной модели (отборочно-поточно-сегментная, линейно-постановочная, смешанно-коллегияльная, интегративно-матричная, инновационно-модульная), по организационной культуре (семейная, инновационная, результативная, ролевая) [18, с. 403–419] во многом определяющая индивидуальность школы, достаточно изменчива и чувствительна к казальным бы несущественным изменениям, взять к примеру, появление или уход одного из педагогов, не позволяет конструктивно проанализировать многообразие вариантов организации школьного обучения и возможных переходов в другое состояние. Необходима гуманитарная экспертиза применительно к каждой конкретной школе и на каждый учебный год.

Проблема в том, что отдельно, индивидуально ни один из участников процесса обучения (из администрации, из родителей, из педагогов, из учеников) в силу разнородности интересов не заинтересован в такого рода экспертизе и неясно, кто может инициировать процесс экспертизы. Для этого нужна позиция и воля гражданского общества или некоторой общественной организации, рекомендации которой имели бы статус обязательности выполнения.

Литература

1. *Степняк-Кравчинский С.М.* Россия под властью царей. М., 1965. С. 268–269.
2. *Новиков А.* Российское образование в новой эпохе. Парадоксы наследия. Векторы развития. М., 2000. (37/Н-731)
3. *Кумарин В.В.* Педагогика в пучине схоластики. М., 1999.
4. *Сыромолов В.Н.* Годятся ли школьные оценки для вузов? // Информатика и образование. 1998. № 8. С. 111–116.
5. *Вульфсон Б.Л.* Стратегия развития образования на Западе на пороге XXI в. М., 1999. (371/В-887)
6. *Цейкович К.Н.* Система образования в Великобритании. М., 1989.
7. *Ворожейкина О.Л.* Система образования в ФРГ. М., 1991.
8. *Малькова З.А.* Исторический урок американской школы // Педагогика. 1998. № 4. С. 99–108.
9. *Джуринский А.Н.* Зарубежная школа: история и современность. М., 1992.
10. *Канел Е., Фрайман З.* Компьютерное образование в Израиле. Современное состояние (попытка очерка) // Информатика (приложение к газете «Первое сентября»). 2002. № 33. С. 10–15.
11. *Эшштейн М.* Информационный взрыв и травма постмодерна // Звезда. 1999. № 11. С. 216–227.

12. *Бернал Дж.* Двадцать пять лет спустя // Наука о науке. М., 1966.
13. Метаобразование как философская и педагогическая проблема: Сб. науч. ст. Ставрополь, 2001.
14. *Кант И.* Антропология с прагматической точки зрения // *Кант И.* Соч.: В 6 т. Т. 6. М., 1966.
15. Труды XIII Международного научно-технического семинара. М.: Изд-во МГУ, 2004.
16. *Петров М.К.* Язык, знак, культура. М., 1991.
17. *Скоркин О.А.* Расширение информационного пространства в свете проектной деятельности // Опыт ученического проектирования / Под. ред. Н.Ю.Пахомовой. М., 2006. С. 3–21.
18. Экспертиза в современном мире: от знания к деятельности / Под ред. Г.В.Иванченко, Д.А.Леонтьева. М.: Смысл, 2006.

Виртуальная этика мировоззренческой травмы

В статье обсуждается связь этических аспектов психической травмы, мировоззрения и здоровья с естественнонаучных позиций виртуалистики, которая позволяет по-новому объяснить механизмы их взаимных влияний.

Напомним распространенные определения известных понятий. Травма (от греч. *trauma* – рана) есть повреждение в организме человека или животного, вызванное действием факторов внешней среды. Травмы различаются в зависимости от вида травмирующего фактора, от длительности его воздействия, от обстоятельств возникновения травмы и т.д. Особый вид травм – психическая травма, связанная с тяжелыми переживаниями (в частности, в результате травмирующего словесного воздействия), которые могут привести к болезненным реакциям в психической и вегетативной сферах, например, к депрессии, неврозу и др. Мировоззрение – это система обобщающих взглядов на мир и свое место в нем. Структуру мировоззрения формирует мир знаний, мир предположений и мир должного. Только то, что одновременно воспринимается нашим разумом, нашими чувствами и нашей волей, и составляет наше подлинное мировоззрение. Объектом изучения этики является мораль, нравственность как форма общественного сознания, как одна из важнейших сторон жизнедеятельности человека, специфическое явление общественной жизни. Термином «здоровье» по определению ВОЗ обозначается «состояние полного душевного, физического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов».

Авторские дефиниции и краткие пояснения:

1. *Мировоззренческая травма* есть травма *виртуала* либо какой-то его части — телесности, сознания, воли. Более подробно о виртуале и производных от него понятиях изложено в тексте статьи.

2. *Виртуальная этика* — это этика *трилеммы*. Трилемма — базовое понятие триалектики — смысло-энергетическая единица бытия, в которой два истинно противоположных смысла проживают в третьем, объединяющем их смысле по закону «*тройной истинности*», который гласит: «*Если два смысла истинно противоположны, то они одинаково истинны в третьем, объединяющем их смысле*». Примеры истинных трилемм: день—сутки—ночь, вдох—дыхание—выдох, рождение тела—жизнь—смерть тела, рождение имени—бессмертие—смерть имени, производитель—выгода—потребитель, факт—ложь—не факт и т.д. Метафорически виртуальная этика есть этика ритуальной лжи во благо взрослого и мудрого человека.

Виртуальная этика и здоровье человека невидимо сплетаются друг с другом внутрисистемными нелинейными связями. В простой жизненной схеме «здоровье _ травма _ болезнь _ восстановление _ здоровье» роль этической компоненты как бы вторична и достаточно ясна. Нас интересуют сложные построения жизненных перипетий, в которых нравственные аспекты межличностных коммуникаций неявным образом являются причиной нездоровья конкретного человека. В этой проблеме методы измерений иногда приобретают решающую роль. Общеизвестно, что живые системы непрерывно измеряют, сравнивают и выстраивают иерархические подсистемы из реальных и возможных событий внутри и вне себя для достижения конкретных целей. Это естественное свойство разума — непрерывно измерять и сравнивать — имманентно функционирует в каждой живой форме на Земле.

У людей в качестве надындивидуального различительного инструмента самоорганизовались и обособились этические критерии, многозначные и спорные по своей изначальной триалектической сути: хорошо—и—плохо. Более того, социальные институты издревле порождают и апробируют различные, как естественнонаучные, так и экзотические способы измерения этической компоненты человека. На изломах этической парадигмы произошло историческое разделение способов оказания помощи страждущему человеку: болезни — это удел медицины, а нравственные страдания — вотчина духовных пастырей. Естественные сомнения в целесообразности сложившегося разделения «сферы услуг» возникают тогда, когда самые современные способы лечения кому-то помогают, а для кого-то оказываются

бесплезными при внешне одинаковых признаках нездоровья. В структуре научной медицины о роли этических факторов в возникновении психосоматических нарушений принято говорить предположительно. Хотя задействованы логически обоснованные причинно-следственные связи, ретроспективно доказать их достоверность трудно, и поэтому, они традиционно оцениваются социумом в теологических категориях греха, искупления и наказания.

Однако эта актуальная проблема имеет обоснованное теоретическое и прикладное решение в структуре знаний молодой отечественной науки виртуалистики, созданной в конце XX в. В Институте человека РАН (Н.А.Носов) и ее ветвей: виртуальной триалектики, виртуальной этики, виртуальной генеалогии и эгосоматической медицины (Г.П.Юрьев). На основе собственных проспективных исследований здоровья военных моряков подводных лодок и надводных кораблей в процессе длительных океанских походов достоверно выявлена приоритетная роль этических рассогласований личности как модель такого виртуального конфликта, который инициирует синергетический процесс формирования психических, соматических и поведенческих нарушений разного, в том числе и доболезненного уровня. Эти микросоматические нарушения можно отнести к категории страданий личности. Более того, выявленная модель этико-соматических рассогласований достоверно воспроизводит себя по принципу подобия на уровне социальных структур как в онто-, так и в филогенезе.

Работающая модель структурно-функционального устройства человека и его социального окружения базируется на «я»-концепции и принципе логической трилеммы «и», в которой две противоположные функции объединены в третьем общем для них смысле, а подсистемные элементы постоянно взаимодействуют между собой двояко: и горизонтально, и вертикально. Например: «нервная деятельность» «Торможение» «Или» «и» «Или» «Владение» «Жадность» «Деяние» «Возбуждение» «Щедрость» «Добро» «Зло» и т.п. Стоит выпсть какому-нибудь элементу истинной трилеммы, и она включает-ся в состав другой системы.

Автор исходит из определения виртуала как психически порожденного самообраза и виртуальной реальности — такой реальности бытия, которая недоступна непосредственному чувственному восприятию и привычной для нас логической оценке при явной результативности своих проявлений. Это соответствует правилу многовариантной случайности и алогичности некоторых жизненных событий, природных и социальных процессов. Виртуалы, как относительно автономные этико-соматические структуры человека, обладают тремя обязательными элементами: собственной телесностью, сознани-

ем и волей, а их совокупности формируют личность человека и его подлинное мировоззрение, т.е. то, что одновременно воспринимается нашим разумом, нашими чувствами и нашей волей.

Виртуалистика доказательно оперирует двумя равноценными, по факту существования, реальностями. Одна из них — виртуалистическая — закономерно воспроизводит себя «по образу и подобию». Одновременно с этим в каких-то ситуациях она как бы случайно может породить виртуальную реальность, которая развивается уже по своим закономерностям и потому воспринимается в качестве необъяснимого феномена проявления чудес позитивного или негативного регистра. Новая динамическая структура (например, предболезнь или начальная форма пристрастий) обладает параметрами, отличающимися от материнской реальности, что соответствует правилу отчуждения по типу: у меня (во мне и/или вокруг меня) что-то происходит не так, как обычно. Обе эти качественно и количественно различающиеся реальности взаимодействуют между собой по реверсивному механизму системной петли обратной связи либо в роли управляющей, либо управляемой системы в зависимости от ситуации.

По сути, речь идет об этико-соматическом аспекте свободы воли и ответственности человека. Виртуальная реальность в процессе саморазвития может обрести статус новой привычной виртуалистической реальности (болезнь) и породить другую виртуальную реальность (здоровье), которая в процессе адекватного освоения приобретает статус уже иной (имеющей позитивный и негативный опыт) виртуалистической реальности здоровья. При неправильном освоении предболезни и/или болезни пациент может умереть или стать хронически несчастным человеком. Так осуществляется непрерывный, циклический и неравновесный процесс эволюционного развития виртуалистического мира, включая человека, и порожденные им общественные системы разного уровня, начиная с собственной семьи.

В отличие от дуализма (материальное — идеальное, тело — душа, сущность — явление), в котором вторую часть оппозиций измерить нельзя из-за отсутствия объекта измерения, отечественная виртуалистика предложила конструктивный выход из мировоззренческих утопий, создав обоснованную концепцию триалектического виртуализма как систему естественнонаучного миропонимания совершенно иного рода: ^{«виртуализм»} (Г.П.Юрьев). Если прибегнуть к известной метафоре системы как «черного ящика», имеющего вход и выход, то материализм — это сам ящик. Объяснения того, что происходит внутри и вокруг ящика — это идеализм. А все вместе плюс виртуальный мир исследователя неразрывно составляют объекты, инст-

рументы и методы виртуалистики, т.е. виртуализм. Это, по сути, новая мировоззренческая парадигма виртуальной медицины здоровья:

«ЗДОРОВЬЕ» ↔ «предболезнь» ↔ «БОЛЕЗНЬ»*

Результаты авторских исследований обосновали целесообразность выделения из целого спектра полиморфных нарушений, резистентных к аллопатическому лечению, кластера под названием «*синдром жизненного истощения*» (СЖИ, термин предложил М.А.Пронин).

Определение: синдром жизненного истощения — это комплекс как бы «непонятных» состояний внутренней дисгармонии, периодически манифестирующий взаимосвязанными абберациями мировоззренческой, социально-культурной и биологической жизнедеятельности человека в контактном социальном окружении. Синдром жизненного истощения — это собирательная дефиниция для множества порождаемых разноуровневых дисфункций, манифестирующих либо в структуре *формирующегося психосоматического синдрома* (уровень предболезни), либо новым уровнем регуляции очерченных нарушений в структуре *сформировавшегося психосоматического синдрома* (Г.П.Юрьев). СЖИ включает в себя три взаимосвязанных компонента: мировоззренческий, социально-культурный, психобиологический; две неравновесных динамики, внешнюю и внутреннюю, и свою противоположность — феномен жизненного наполнения.

Обоснование термина «синдром жизненного истощения»:

а) Антропологическое понятие жизнь включает в себя совокупность биологических и психофизиологических процессов, деятельность общества и человека в тех или иных ее проявлениях, реальную действительность, проявление деятельности, энергии. Слово *жизненный* означает — близкий к жизни, действительности, важный для жизни, индивидуально и общественно необходимый.

б) Термин *истощение* широко используется в разных областях науки и повседневной жизни. Например, известны понятия физического, алиментарного, нервного и психического истощения, символизирующие уменьшение, изнурение или крайнюю слабость вследствие чрезмерного расходования и превышения границ колебаний нормальных психобиологических процессов.

с) Понятие абберация также широко известно. В физике и астрономии им обозначаются искажения изображений; в биологии — структурные изменения хромосом, любые отклонения от нормы в строении или в функции; в переносном значении — это заблуждение, отклонение от истины.

Синдром жизненного истощения по своему содержанию противоположен процессу наполнения (полноте жизни), смысл которого заключается в стремлении стать полным, занятым, насыщенным кем-

чем-нибудь до предела. Две противоположающихся функции (наполнение _ истощение) являются, в свою очередь, реальными проявлениями общего для них виртуального понятия «пустота». Функция пустоты — заполнить себя. Люди живут в иллюзиях причинности событий, их всеобщей взаимосвязанности и управляемости. Но это не так. Управляет метафорическая пустота. Она как бы требует заполнить жизнь множеством разных событий. Когда происходит насыщение кем-чем-нибудь до предела, появляется непонятное ощущение скуки, внутренней дисгармонии и, соответственно, поиск причин своего дискомфорта.

Общеизвестно, что маленький ребенок оставляет новую игрушку и начинает капризничать тогда, когда исследует все ее возможности. Пустота знания о свойствах игрушки заполняется, исследовательская деятельность ребенка истощается и актуализируется скука как один из критериев полноты субъективного знания. Этот пример объясняет парадоксальность базовой модели (или первой — модели скуки) синдрома жизненного истощения при полном насыщении, характерную для нормального процесса освоения жизни человеком. Скука сигнализирует, что данная виртуальная реальность освоена, и можно осваивать новую реальность либо на горизонтали этого же уровня, либо мотивировать переход на высший уровень деятельности.

д) Вторая модель СЖИ формируется по принципу имитаций смыслов путем копирования форм и некоторых признаков процесса без изменения структур (модель мимикрии), широко распространенных в природе начиная с уровня микроорганизмов. В этом варианте какая-либо «неразрешимая» моральная проблема неосознаваемо приобретает социально приемлемую форму (но не содержание!) болезни; полиморфные психосоматические маски (например, проявления так называемого синдрома хронической усталости) серьезно осложняют жизнь человека и его социального окружения.

е) Третья модель СЖИ манифестирует либо привычными, либо новыми симптомами, либо новыми сочетаниями привычных симптомов хронического психосоматического заболевания — в этом варианте латентные этические проблемы служат пусковыми механизмами соматических дисфункций (триггерная модель).

Пусковым механизмом 2-й и 3-й модели СЖИ может быть острая или хроническая мировоззренческая травма — такая информационная травма мозга изнутри, которая нарушает актуальное динамическое равновесие межролевых внутриличностных коммуникаций виртуального человека. Эта модель по-разному описана в известных медицинских школах начиная с древности. Например, по убеждению

врачей Тибета, изложенных в Джу-Ши (по П.А.Бадмаеву), от потрясающих впечатлений некоторые люди теряются и не способны отнестись к ним критически, чем и вызывают в себе различные расстройства питания (болезни).

По авторским представлениям, в процессе адаптации личности к сверхординарной информационной интервенции стереотипно запускаются аналоги фило- и онтогенетически отработанных механизмов очищения от вирусов, микробов и прочих интоксикационных агентов. Апробированные алгоритмы борьбы с внутренним «врагом» используются на время поиска какого-либо адекватного выхода из новой этической ситуации: «время лечит». Но эти же механизмы допускают использование психоактивных либо иных отвлекающих средств в качестве экстренной помощи. Этот способ может стать привычным и породить привычку или пристрастие.

f) По этой причине врач иногда имеет дело с жалобами, которые как бы указывают на признаки болезни, но не соответствуют объективным данным. Это достаточно распространенный феномен клинической маски этических проблем в структуре СЖИ.

Обратимся к теме измерений этической компоненты в контексте диагностики соматических дисфункций. Известно, что каждый метод исследования использует терминологию и критерии дифференциальной диагностики в границах знаний своей формирующей теории. При этом могут быть теории, методы и методики, формально разные по терминологическим признакам, но практически одинаковые по смысловому содержанию. Основная причина их сходства/различия обусловлена исходными мировоззренческими позициями авторов конкретных теорий и методов.

Например, в европейском менталитете главенствует дуализм, исходящий из теоретических работ Р.Декарта. Философия дуализма рассматривает структуры и процессы, происходящие в человеке и с человеком, в двух неравновесных категориях: материальное – идеальное, тело – душа, сущность – явление. В европейской культуре по-разному оценивается то, что выделено (Декарт, Спиноза) в качестве срединного элемента между указанными оппозициями – это страсть, которая сама по себе имеет двойственный характер, является своеобразным сочетанием активности с пассивностью. Страсть полонит, захватывает человека; испытывая страсть, человек является как бы страдающим, пассивным существом, находящимся во власти какой-то силы, но эта сила, которая им владеет, вместе с тем от него же и исходит. Было даже время, время Р.Декарта и Б.Спинозы, когда эта проблема – вопрос о природе страстей – стала одной из основных

философских, мировоззренческих проблем. На ней тенденции стоиков столкнулись с христианскими традициями, для которых всякая страсть является темной фатальной силой, которая ослепляет и полонит человека.

Широко известны я-концепции З.Фрейда и его последователей, которые описывают базовые структуры личности в терминах ид (оно) как изначальный резервуар энергии, или бессознательное, эго — альтер-эго и супер-эго. Еще до Фрейда многие философы обращались к проблеме бессознательного, но философского наследия Фрейда нельзя недооценивать. Э.Фромм писал: «...Фрейд показал, что разум, ценнейшее и человечнейшее из качеств человека, сам подвержен искажающему воздействию страстей».

Следует обратить внимание на лукавство оппозиций, доминирующих в европейской культуре. Одну их половину — материальное, тело, явление — можно измерить научно обоснованными физиологическими методами (например, полиграфия), в то время как их другую половину — идеальное, душа, сущность, — можно условно выделить и сравнить только с помощью предустановленных критериев, полученных путем умозрительных описаний результатов эмпирического опыта. К ним относятся психологические тесты, разделенные на две основные группы: вопросники и проективные методики, научная достоверность которых сопоставима со случайностью.

Теория и практика восточного менталитета базируется на концепции бинарности ян—инь для философского выражения множества противоположных и сменяющих друг друга явлений и теории ци — энергии жизненной силы, важным элементом которых является их обратная связь с жизнью людей и человеческого общества. С научной точки зрения указанные постулаты в силу очевидности оперируют непараметрическим критерием знаков, применение которого не зависит от нормального распределения и дисперсии исследуемых показателей. Точность эмпирической диагностики зависит от теоретического и практического опыта исследователя. В последние десятилетия широкое распространение получили инструментальные методы электропунктурной диагностики человека, которые сочетают получение электрофизиологических данных с комбинированной трактовкой результатов. Анализ результатов включает в себя европейскую синдромальность и научную нормативность в привязке к восточной философии ци, постулатам акупунктурных точек и меридианов инь — ян системы.

Автор статьи в содружестве с научно-конструкторской производственной фирмой «МЕДИКОМ-МТД» (г. Таганрог) создал и внедрил в практику диагностики принципиально новый объективный метод

исследования человека — синхронную пиктополиграфию. Оригинальная модель детектора лжи нового поколения в отличие от других методов диагностики позволяет распознавать не только то, что у человека было, т.е. прошлое, но и то, что он может сделать, т.е. модели будущего. Метод получил название «эгоскопия», а сам проективно-аналитический комплекс — «эгоскоп» (латинское *ego* «я» + греческое *skopeō* — «наблюдать, исследовать»). Он базируется на пиктографическом подходе и синтезирует проективные методы с методом детекция лжи.

Суть метода заключается в том, что испытуемому на экране монитора задается последовательный ряд визуализированных заданий. В соответствии с ними (стимулами) он графически воспроизводит (рисует, пишет) на материальном носителе (планшете) ассоциативные образно-графические эквиваленты заданий. В процессе тестирования у него синхронно регистрируются показатели мозговой и сердечно-сосудистой деятельности, кожно-гальваническая реакция, скорость движения электронного пера по планшету и степень нажима на перо, а также длительность пауз в разные периоды пиктографической деятельности испытуемого. Полученные данные заносятся в общую матрицу и рассчитываются по специальным алгоритмам. В результате статистической обработки определяются результаты тестирования, а именно: разные задания вызывают согласованные либо рассогласованные эмоционально-графические ответы различной степени выраженности с разным уровнем статистической достоверности. Эти результаты позволяют количественно оценить внутреннюю иерархию исследуемых тем в структуре личности. В качестве стимульного материала могут использоваться любые вопросы и утверждения, озвучиваться речевые или музыкальные фрагменты, показываться изображения или видеоролики.

Эгоскопия интегрирует и наполняет новым содержанием все известные ранее психологические и психофизиологические методы путем включения в них эмоционально-оценочной шкалы. В рамках эгоскопии могут использоваться апробированные и хорошо зарекомендовавшие себя как проективные методы, так и тесты-вопросники.

Технология проведения исследования и структура сценариев построены таким образом, чтобы свести к минимуму возможность влияния на результаты обработки различных психологических защит и целенаправленных попыток искажения информации, а также вольного или невольного влияния эксперта на реакции обследуемого со стороны лица, запускающего сценарий тестирования. Правомерность анализа обоснована тем, что человеку трудно синхронно управлять скрываемой мыслью, вегетативными и поведенческими реакциями в

процессе выполнения пиктографических заданий. Содержание и оригинальность метода заключается в автоматической многомерной статистической обработке и автоматическом анализе полученных результатов в трехмерной системе координат с формированием по специальным алгоритмам выводов о степени конгруэнтности пиктографических, психофизиологических и электроэнцефалографических показателей в контексте этико-соматической согласованности или рассогласованности личности. Аналогов у метода виртуальной пиктополиграфии нет.

Философия эгоскопии соответствует постнеклассическому этапу развития науки (В.С.Стёпин), в котором совместно с объектом исследования (классическая наука) и инструментом измерения (неклассический этап науки) в поле анализа включается и сам исследователь со своим уникальным внутренним миром ученого. В качестве метадисциплинарного метода инструментальной диагностики виртуального мира человека эгоскопия оперирует критериями смыслофизиологической эргичности в русле и европейского, и восточного менталитетов с мировоззренческих позиций *триалектики* нелинейных систем (Г.П.Юрьев). Понятие *трилемма* объединяет в себе структуру и процесс, смысл и функцию.

С позиций статистики два полюса истинной трилеммы связаны жесткой функциональной связью, а модули других подсистемных элементов могут проявлять себя во много-многозначных созависимостях разной направленности (В.С.Мерлин). Можно отметить, что известные персональные конструкты (Д.Келли) фактически являются трилеммами, т.к. каждый изолированный конструкт, образованный из двух антонимов (север – юг, кислота – щелочь, жара – холод и т.д.) является самостоятельной смысло-энергетической подсистемной единицей в составе других систем.

Приведем общеизвестные примеры, демонстрирующие триалектику виртуальных систем, в частности, известное положение о том, что крайности (полярности) по своей сути практически всегда ближе друг к другу, чем к середине:

1. Такие заболевания, как «маниакально-депрессивный психоз» (МДП) или «биполярная депрессия» объединяют в себе совершенно противоположные по симптоматике проявления («мания» и «депрессия»), которые являются сутью одного и того же заболевания, но последовательно проявляющимися в режиме «маятника».

2. Феномен компульсивной симптоматики представляет собой конденсацию инстинктивных и антиинстинктивных сил. В клинической картине преобладает то первая, то вторая составляющая этого конденсата.

3. Различные типы «маргиналов» находятся по обе стороны от среднестатистической нормы, но они также ближе друг к другу, чем к середине. Поэтому переход из одной крайности в другую может оказаться более вероятным, чем переход в середине.

4. Возвращение алкоголика или наркомана к нормальной жизни, когда он мог бы совершенно спокойно выпивать несколько бокалов вина и при этом вовремя остановиться – гораздо менее вероятный исход, чем-либо впадение в «белую горячку» либо абсолютная трезвость.

5. Разочарование в одной парадигме часто поворачивает мировоззрение на 180°. Прешники после определенных ситуаций, которые они могут воспринять как божественное провидение или знак сверху, могут стать педантичными блюстителями морали или адептами религии (см. фильм «Остров»). Точно так же, религиозный фанатик, разочаровавшись в вере, может стать воинствующим атеистом и богохульником.

6. Географическая ассоциация – «южный полюс» и «северный полюс» максимально удалены друг от друга, но имеют очень схожие природные и климатические условия, существенно отличающиеся от середины – от экватора. Они являются неразрывными составляющими объединяющего понятия «магнитный полюс земли», т.е. создают трилемму

«Южный полюс» «Северный полюс»
«МАГНИТНЫЙ ПОЛЮС ЗЕМЛИ»
7. Физические ассоциации – положительный и отрицательный электростатический заряд, положительный и отрицательный полюса магнита. Разные полюса магнита не могут существовать друг без друга. Сколько бы ни разрезать магнит, у него всегда будет «+» и «-», они не могут существовать отдельно и также представляют собой трилемму «+» «МАГНИТНЫЙ ДИПОЛЬ» «-» . Но противоположные полюса обладают одинаковыми свойствами – отталкивают себе подобных.

8. Геометрическая ассоциация – лента Мебиуса. Если из точки А двигаться в точку Б, находящуюся на противоположной стороне ленты по одной из ее сторон, то расстояние получается максимальное, хотя точка Б реально самая близкая точка относительно А, если просто сбоку перейти на другую сторону.

Список антонимичных созависимостей можно продолжать, но основной вывод отражен в начальном послыле перед этим списком: «Крайности (полярности) по своей сути практически всегда ближе друг к другу, чем к середине». Автор подробно остановился на примерах трилемм из разных жизненных реалий для того, чтобы приблизить читателя к пониманию принципов формирования заключений по результатам исследования, которое существенно отличается от известных технологий диагностики.

Эгоскопия, как новый этап развития диагностических методов, включает в себя возможности всех существующих методов исследования внутреннего мира человека, каждый из которых может быть частью эгоскопии; она позволяет выявлять смысло-физиологические модели внутренних структур и процессов — микромодели деятельности человека, адекватные его поступкам и состояниям в различных жизненных ситуациях. В результате синхронной регистрации электрофизиологических сигналов испытуемого (полиграфия) при вербальном и пиктографическом моделировании ответов на разнообразные стимулы (вопросники и проективные методики) исследователь получает статистически установленные результаты, характеризующие парциальные проявления «эргичности» интегральной индивидуальности человека в процессе тестирования — это смысло-физиологические модули разных я-структур различной размерности (эго-модули).

По мнению многих исследователей, в частности В.М.Русалова, эргичность, как первый из фундаментальных параметров формальной организации поведения человека, характеризует «широту-узость» афферентного синтеза, или, другими словами, степень напряженности взаимодействия организма со средой. Категория «эргичность» широко используется в различных концепциях живых систем как синоним энергетического потенциала, «уровень энергии», уровень активации психики и сопоставима с понятием «ци» восточной философии и практики, понятием «страсть» Декарта и Спинозы, а также с содержанием термина «ид» в эго-концепции З.Фрейда и его последователей.

С появлением эгоскопа — инструмента, позволяющего достоверно выявлять причинно-следственные связи между этической и соматической компонентами здоровья, можно реализовать обоснованные действия по оказанию эффективной помощи человеку, телесно страдающему от мировоззренческой травмы. Опыт свидетельствует, что несколько (5–10) базовых одночасовых занятий по программе виртуальной этики индивидуально или в составе мини-группы по одной из методик авторской технологии позволяет личности произвести замену своих иррациональных этических установок на конструктивные внутриличностные приоритеты. Изменение мировоззренческой парадигмы помогает человеку избавиться от конкретного страдания и приводит к нормализации психофизиологической деятельности. В этом и проявляется нравственная миссия виртуальной этики в ответ на мировоззренческую травму.

НАУЧНАЯ ЖИЗНЬ

М.А. Пронин

Виртуал Николая Носова (Выступление на первом заседании семинара РФО «Виртуалистика», 18 января 2002 г.)

Мое выступление на нашем первом заседании постоянно действующего семинара «Виртуалистика» так же неожиданно для меня, как и смерть Николая Александровича Носова. Это должен был быть совершенно другой семинар, да и выступить на нем я не собирался. Жизнь распорядилась иначе.

О чем будет мое выступление? Я собираюсь рассказать о виртуале Носова. Это рассказ изнутри, мой взгляд на историю той виртуальной реальности, в которой находились его сподвижники, коллеги, близкие: Татьяна Владимировна Носова, Георгий Петрович Юрьев, что сейчас здесь находятся... Но, полагаю, что это будет первый доклад, который действительно о виртуале изнутри. Связан мой рассказ с уходом Николая Александровича из жизни.

В последнее время мы, в Центре Виртуалистики Института человека РАН, подошли к тому самому моменту, когда хотели достаточно серьезно начать проецировать наш виртуал, виртуал внутренний, научно-фундаментальный на ту практическую реальность, которая нас окружает.

С одной стороны, я буду рассказывать про то, что было, о чем-то о своем... изнутри. С другой стороны, я буду уже рассказывать об этом – о сцене, – с того самого амфитеатра: я уже буду говорить из какой-то другой реальности, которая была порождена предшествующими событиями.

Говорить мне сейчас не легко... По многим причинам.

В том числе и потому, что очень трудно определить, что является новостью – что является историческим событием, находясь в рамках той реальности, в которой то или иное событие произошло. Оказы-

вается, что историография испытывает достаточно серьезные затруднения в том, как определить и описать историческое событие. Когда общаешься с журналистами, то и они сетуют, что трудно понять, что является новостью сегодня, кто был сегодняшним «нюс мейкером» — источником, производителем новостей.

Зачастую новостью является не то, что, так скажем, де-факто претендует на статус как таковой, а то, что говорит человек, который является ньюсмейкером... И мы можем заметить, что эта его способность — быть источником новостей, — очень часто связана с тем, что данный человек занимает какую-то должность. Потом он уходит с поста, и уже почему-то перестает быть ньюс мейкером. А новый человек, который занял его должность, почему-то не стал таковым. То есть у одного получается порождение каких-то событий, новостей, а у другого нет. У одного человека — только в определенном месте, а другой — сам по себе новость.

Люди, работающие в какой-либо реальности, фиксируют какие-то вещи важные, актуальные для своей практики... Но, находясь в пределах системы, как мы знаем, мы не можем ее описать полностью и концептуализировать. Иными словами, модели, которые мы создаем в пределах своей деятельности, как правило, и лежат в рамках этой самой деятельности. А значит, всю деятельность покрывать не могут. Это теорема неполноты Геделя, известная из математики¹.

Что в такой ситуации можно сказать о современной виртуалистике? Виртуалистика — это направление философское, направление межпредметное, меж- и постдисциплинарное, поэтому приложимое к любой реальности. Фактически, она претендует на преодоление вот этого внутриреального парадокса или противоречия: когда я вроде как все вижу, что делать знаю, а понять почему это именно так — я все-таки до конца не могу.

Вернемся к историографии. Так вот, историки все-таки выделили некоторые вещи, моменты, которые необходимо учитывать при описании любого исторического события.

Оказывается, историческое событие (это историографы заметили, не виртуалисты!) характеризуется тем, что оно происходит спонтанно. С одной стороны, событие вроде как лежит в рамках той исторической реальности — ее закономерности, когда все происходило, а с другой стороны, оно происходит неожиданно для современников. Эдакий парадокс одновременности, равноположенности закономерного и случайного... Это первое, что они отмечают.

Еще они заметили, что историческое событие описывается несколькими языками и требует несколько жанров для адекватного осмысления. «Многоголосие» историки отмечают, но до выделения полионтизма и полионтологичности не поднимаются.

Прежде всего, но не преимущественно, это жанр сказания или былины, когда все происходящее описывается человеком, современником, наблюдающим за всем как бы со стороны. Собственно говоря, это позиция человека, который встроен, включен в данную реальность, в событии не участвует, но видит и описывает свершающееся, свершившееся с «амфитеатра».

Перечислю все языки или точки зрения, зафиксированные историографами: участник или, если хотите, виновник исторического события, точка зрения современника (свидетеля), который все видел. Далее, наблюдение человека, стороннего, чужого для данного государства или места, для какого-либо виртуала, для какой-то реальности, для какого-то конфликта — наблюдение или свидетельство какого-либо иностранца в прямом или переносном смысле. Мы все бываем немного «иностранцами», возвращаясь на работу из отпуска или приехав в «чужой монастырь». Как, например, сейчас таковыми являются некоторые из вас, что впервые пришли в реальность виртуалистики, кого я впервые вижу на нашем семинаре.

И все же оказывается, что жанр былины (сказания) и языки описания с трех точек зрения не достаточны для того, чтобы выпрыгнуть за пределы той реальности, в которой происходит историческое событие.

Естественно, есть еще одна точка зрения — это точка зрения последователя, потомка — это может быть историк или ученый, — оценивающего то или иное историческое событие. Оценка, кстати, связана и с жанром анекдота. С анекдотами, бытующими среди современников.

Но, оказывается, все нужно еще написать и с точки зрения высшей — сакральной реальности, которая существует вечно. Рассматриваемое историческое событие почему-то и в ней оставляет след и, как правило, оказывается, что в высшую реальность это событие на самом деле ничего нового не привносит. Жанрово такое описание укладывается в притчу, притчевое слово. Как правило, все события, с точки зрения высшей реальности, уже происходили до нас. То есть все подвиги или грехи уже были ранее свершены. И самое страшное — это стать тем самым первогрешником, потому что в высшей, сакральной реальности человек, свершая этот первый грех, открывает новую «номенклатуру», и все последующие грехи его последователей «падают» на его голову, как на голову этого первого грешника.

Так вот, феноменологию исторического события историографы зафиксировали, но концептуализировать ее до философского уровня, до теоретической модели, к сожалению, не смогли.

На мой взгляд, и это мы обсуждали с Н.Носовым, получается так, что историческое событие, по сути, по своей природе, является виртуальным событием и требует для адекватного представления полионтологического подхода².

Породившись в предыдущей — константной — реальности, историческое событие захватывает всех, всех в себя вовлекает и переживается всеми актуально. В рамках новой, порожденной (в нашем случае исторической) реальности начинают действовать свои законы, не сводимые к породившей ее реальности, т.е. она, новая реальность, характеризуется автономностью. И эта новая историческая реальность интерактивно воздействует на породившую ее реальность³.

Субъективно историческое событие воспринимается всеми современниками как спонтанное. Люди начинают описывать его в объективированных терминах — это то, что виртуалистика Н.Носова зафиксировала на феноменах ошибок у летчиков испытателей, у спортсменов и у людей опасных профессий, попадающих в стрессовые ситуации. Описание ими своих переживаний в объективированных терминах, как можно заметить, соответствует жанру былины или сказания на социальном уровне. Можно указать и на другие параллели.

Рассказывая сегодня о виртуале Н.Носова, мне необходимо включить в его описание и исторические аспекты, связанные с трансформацией виртуала, сейчас я могу сказать, что сама смерть Н.Носова — это виртуальная смерть. Это то событие, которое в реальности виртуала Н.Носова произошло вдруг и неожиданно, хотя потенциально данное событие в этой реальности находилось, уже изначально содержалось. То, что оно произошло — мы все это переживаем актуально, и это событие не может не повлиять интерактивно на все последующие шаги. Собственно, здесь сижу сейчас я, а не Николай Александрович, который должен был бы вести этот семинар. Начинают происходить какие-то изменения и, в общем-то, это событие порождает новую автономную реальность, которая начинает существовать и действовать по своим внутренним законам. То есть, по сути, для виртуалистики, как научного направления, произошло то самое виртуальное, историческое событие, которое мы сейчас переживаем: произошло, происходит закрытие одного какого-то потока наших действий, мыслей и начинается что-то совершенно другое, новое.

Понимая, что у нас одновременно, сейчас, существует две реальности: порожденная (виртуальная) и порождающая (константная), и в этом смысле ушедший сейчас с нами.

Поэтому вам бы, наверное, интересно было услышать, а что все-таки произошло в той порождающей реальности, в которой произошло то самое историческое событие — уход ученого, коллеги, человека, мужа, отца.

Каждый виртуалист, каждый человек, раз мир виртуален и полионтичен, находится одновременно в нескольких, во многих реальностях, где он встроен телесно, где он встроен своей волей, где он встроен своими мыслями и где он реализуется как личность с определенной добродетелью.

Буквально в самые последние месяцы, дни, у меня было такое впечатление, что в нашей виртуальной реальности виртуалистики начал происходить просто шквал событий. У нас книги одна за другой выходят или готовятся к изданию, открываются круглые столы на конференции по психологии, на III Российском философском конгрессе, ремонтируется помещение Центра виртуалистики. Ну просто какой-то взрыв, казалось бы. Поэтому мы в последнее время обсуждали с Н.Носовым все, что связано с тем, как происходит распространение любого, в том числе и нашего, виртуала на других людей, на какие-то другие виртуалы, в конце концов, как любой конфликт⁴ распространяется?

В связи с данными вопросами нами обсуждалась и вводилась новая терминология. Мы с Н.Носовым говорили о создании терминологического комитета, о разработке международных терминологических стандартов области виртуалистики.

И здесь мне представляется важным сказать вот еще о чем. Так как виртуалистика межпредметна, постдисциплинарна, в некотором смысле всеобъемлюща, прежде всего ввиду ее инвариантности по качеству — Н.Носов ее прямо относил к парадигматике, — она де-факто претендует на изменение статуса видения мира.

Я могу заметить, что если говорить о какой-то сакральной, вечной реальности основных философских, научных событий, которые были в жизни человечества, то можно назвать всего лишь несколько: это первая картина мира, которая была предложена Птолемеем. Ее сменила вторая — Коперника. Затем третья картина мира, которая была сформирована Исааком Ньютоном. Далее четвертую поправку внес Эйнштейн и, наконец, на мой взгляд, пятое видение мира дал Николай Носов. Он изменил картину мира: с появлением виртуалистики наше понимание законов формирования и развития вселен-

ной изменилось. Вселенная «стала развиваться» по другим — виртуальным законам. Мы живем уже в виртуальной мире, об этом и говорит Манифест виртуалистики, написанный Николаем Носовым.

Участники нашего семинара, все наши современники могут пережить, увидеть, как начинается происходить трансформация реальности. Это, несомненно, захватывающее, завораживающее событие — ведь началась какая-то совершенно другая философия.

Обычно это происходит за счет того, что человек, который являлся носителем того или иного виртуала: вот, я что-то придумал, я самый лучший, я читаю самые лучшие лекции, организую ту или иную жизнь в какой-то системе, институте и вот в какой-то момент жизни любой мастер вдруг начинает ощущать, что он почему-то остается один. Получается так, что лидер со своим самым передовым представлением, с самым лучшим выполнением функций, с самым лучшим ощущением, предвосхищением новой реальности — не позволяет зайти в эту реальность другим. Например, новичкам — молодым специалистам, которые, когда зайдут, обязательно все сделают плохо.

Поэтому для того, чтобы расширить свой виртуал, необходимо, прежде всего, его освободить. Мы с Носовым обсуждали и вводили такое понятие, как *контракция виртуала* или *вакуум виртуальный* — когда остается только *оболочка виртуала*, а *телесность, тело виртуала* отсутствует.

Так вот, по сути, Носов сделал самое выдающееся событие для того, чтобы его виртуал начал наполняться. Своей смертью он его освободил!

Что такое проект? «Проектус» в переводе с латыни, дословно, — это, с одной стороны, «пробрасывание» вперед. Отсюда слова проекция, проектор.

Мы с Н. Носовым обсуждали такое понятие, как *проекция виртуала*, когда я, автор, как носитель какой-то идеи, какой-то системной деятельности, какого-то миропонимания, — я это все проецирую вне себя. То есть я заражаю вас своим виртуалом — «изливаюсь» на вас.

А с другой стороны, в еще одной коннотации, проект — это «сложение с себя обязанностей». То есть когда я, автор, рассказываю, что надо сделать и заражаю этим аудиторию, людей, сподвижников, то это делать начинают они. Вы начинаете в нем жить, обживать. Вы находите себя в совершенно новом качестве.

На семинаре мы сегодня уже говорили про коммунистический виртуал⁵. И мы с Николаем Александровичем обсуждали такой вопрос, как *облитерация виртуала*. Облитерация — это забывание, стирание. Феномен облитерации хорошо известен в медицине: облите-

рация сосудов при ишемической болезни сердца, облитерация полых органов (например, желчного пузыря при желчнокаменной болезни). А есть *облитерированные виртуалы*: вроде мы знаем, что они — реальности — есть, но в то же время мы ими не пользуемся. Это и есть облитерация виртуала. Самое страшное — если бы произошла облитерация виртуала виртуалистики.

Как вы видите, я сейчас использую достаточно широко латинскую терминологию как первоязыка науки. По всей видимости, латинский язык — живет, он не облитерирован.

Мы с Н.Носовым вплотную подошли к формированию комитета по созданию международной номенклатуры в области виртуалистики, и конечно, мы здесь хотели бы получить поддержку Российского философского общества (РФО).

Понятно, что язык должен быть латинский, русский, ... но мы говорили и о литовском и грузинском, просто так сложилось. Это четыре языка, которые претендуют сейчас на статус «виртуальных» де-факто⁶. Латынь — потому что она просто виртуальна для нас, частично облитерирована: оболочка есть, а тело ее мы начинаем наполнять новым содержанием. Русский язык потому, что по судьбе исторического создания Родина виртуалистики — Россия, среднерусская возвышенность, Москва, Московская область. Николай Александрович, кстати, похоронен недалеко от Москвы — близ деревни Носово.

Так вот, о виртуале. Для того чтобы вовлечь кого-либо в виртуал, необходимо носителю спроецировать его из себя во вне — продемонстрировать, а затем произвести собственную контракцию — освободить виртуал. То есть виртуал — это жизнь, и человек должен почувствовать, что это за жизнь, прожить, пережить, обжить виртуал. Должен войти в него целостно — тремя реальностями: сознанием, телесностью и волей. Получить в результате новую личность — себя в качестве нового человека. Повстречать своего собственного двойника — внутреннего человека.

Поэтому и наш семинар — это возможность для того, чтобы докладчик, мастер сначала сделал виртуальную проекцию, а потом произвел собственную контракцию — немножко отошел в сторону и дал каждому возможность что-то прожить, отнестись к услышанному, задать какой-то вопрос. Дал возможность почувствовать себя таким же виртуалистом.

Мы начинали вводить понятие *габаритов виртуала*⁷. Габариты виртуала проявились когда мы начали работать с бронхиальной астмой — с аретеей бронхиальной астмы. Как раз пришел Александр Николаевич Михайлов — один из наших ведущих специалистов, раз-

работчиков артеи бронхиальной астмы — подходов и технологий ее девиртуализации (элиминации)⁸. Это тоже какой-то отдельный мир, но и он — часть виртуала Н.Носова... А виртуал Носова, как и любой другой, как мы знаем, характеризуется полионтологичностью и полионтичностью — это множество миров, которые связаны единой природой, единым началом.

Николай Александрович старался проецировать свой виртуал на окружение, коллег. Виртуалистика — вещь очень простая, когда понимаешь. Просто — когда знаешь «как». Но если знаешь «как» — это не значит, что будет легко. Быть виртуалистом очень не легко, т.к. виртуалистика разомкнута: есть какие-то «кубики» и принципы формирования и манипулирования инструментари-ем виртуалистики.

Поэтому очень важно научиться видеть виртуальные проявления, феноменологию, которая происходит в какой-то конкретной, практической реальности. Поэтому-то Н.Носов хотел, чтобы наш центр, если говорить о перспективах, помог решить конкретные проблемы, противоречия, которые есть в той или иной области практической деятельности.

Понятно, что проблемы, противоречия мы должны разрешать с опорой на специалистов, которые работают с конкретными научно-практическими задачами.

Здесь мы сталкиваемся с феноменом так называемой *виртуальной ловушки*, который мы тоже успели обговорить буквально перед самым уходом Николая Александровича Носова... В чем состоит феномен виртуальной ловушки?⁹

Феномен виртуальной ловушки возникает, например, при трансферте какого-то знания из одной практической области деятельности в другую. Работы вокруг данной проблематики ведутся давно. Из последних, наиболее интересных на мой взгляд, могу назвать монографию Александра Крушанова «Язык науки в ситуации предстандарта», в которой очень хорошо описаны феноменологические проявления затруднений такого переноса, трансляции, трансферта знаний при формировании новых областей исследований.

Но вот представьте, есть теория решения изобретательских задач — ТРИЗ — Г.С.Альтшуллера.

Она создавалась следующим образом. Были изучены несколько тысяч патентных заявок, в результате анализа этих заявок были определены алгоритмы, которые применялись изобретателями, эти алгоритмы были описаны и теперь каждый желающий может их изучать.

Что происходит при обучении каноническим алгоритмам? Мы учим, готовим и воспитываем не человека, способного порождать любой изобретательский алгоритм деятельности, а человека, способного лишь его воспроизвести.

Дело в том, что результат деятельности (алгоритм) предъявляется как парадигма деятельности, и данный виртуальный *трансферт* (перенос не стали использовать из-за занятости слова психологией) мы описали как ловушка Баранкина (был такой мультфильм «Баранкин, будь человеком!»).

Иными словами, в результате вместо личности художника, способной к созданию произведения: порождению в своем сознании, телесности и воле описанного исследователем алгоритма действий как частного случая практики или, если смотреть шире, — жизнедеятельности, получается личность ремесленника, который лишь воспроизводит предложенные канонические образцы.

Многие великие изобретатели страдают «синдромом Остапа Бендера», который и не знал, что на одних досках играл испанскую партию, а в оставшихся 12 черные защищались от великого комбинатора хоть и устаревшей, но достаточно эффективной защитой Филидора. То есть изобретатель зачастую не знает, не отдает себе отчет в том, что пользуется ТРИЗовскими алгоритмами: для него алгоритм — это частный случай функционирования его сознания.

Таким образом, есть *трансферт конгруэнтный* — перенос из одной реальности в другую и *неконгруэнтный* — с подменной или субпозицией, когда мы говорим о подготовке любого специалиста на основе изучения чужого опыта.

Вот очевидный для многих пример. Когда дети спрашивают, откуда они появились, то родители им отвечают, что их нашли в капусте или аист принес, тем самым нормальные родители производят конгруэнтный трансферт.

У меня есть дочь, и если кто-то мне скажет, что дети появляются благодаря тому, что мы с женой чем-то занимались о чем в книгах по половому воспитанию пишут, то я не соглашусь. Для любого родителя его ребенок — чудо!

Между процессом «книжного типа» и ребенком есть виртуальный разрыв порожденности — чудо.

Поэтому конгруэнтный трансферт состоит в том, чтобы ребенку рассказать о его рождении с учетом того, что есть определенное чудо, которое мы до конца описать не можем — это с одной стороны. А с другой, о чуде надо сказать на языке понятном ребенку — человеку с

формой сознания, телесности, личности, воли ребенка. Поэтому когда мы говорим про аиста или капусту, то такой рассказ является для него совершенно адекватным.

Еще один пример или ситуация. Виртуалистика говорит о том, что заболевание и здоровье — это порожденные состояния. Для человека с конкретно-предметной формой сознания можно сказать, что здоровье и болезнь — это то, что может быть привнесено и соответственно забрано у человека. И болезнь, и здоровье — это то, что появляется, приобретается, восстанавливается, находится, возвращается. И то, что — забирается, теряется, пропадает, уходит. То есть для людей с натуральным, конкретно-предметным, сознанием виртуальная природа мира была конгруэнтно объяснена и рассказана.

Некоторые из вас могут заметить, что я только что рассказал об архаических представлениях о здоровье и болезнях.

Когда человек с классическим научным сознанием, у которого нет виртуального мировоззрения, начинает изучать так называемую архаику представлений о здоровье и болезни, то анализ таких представлений ни к чему хорошему привести не может.

Гиперболизирую ситуацию. Полагаю, что цивилизационный слой — это слой, собравший, вобравший в себя, из-за классического научного мировоззрения, артефакты неконгруэнтных субпозиций наших знаний о мире. А так как это достаточно большой слой, то когда человек в него попадает, то находит в нем все, чем он может увлечься как личность, куда может встроиться телесно, то, что он может начать делать (реализовать свою волю), то, над чем он может начать размышлять (это мы говорим о реальности сознания). То есть человек обретает, осваивает новый для него мир, но этот новый мир состоит из фрагментов и артефактов субпозиций. Не зря же говорят, что некоторые страны потеряли душу в гонке цивилизации, что философия помогает победить шизофрению мира и т.д.

Теперь можно сказать о политической виртуалистике. О России.

Сегодня в стране мы имеем серьезные демографические проблемы. Как видит причины данных явлений виртуалистика?

Когда совершается какое-то историческое событие, то происходит поломка, слом существующего, действующего виртуала, его облитерация и возникновение нового, неизвестного виртуала. *Эвакуация* населения в прежние условия не возможна. В данной ситуации должны начать проявляться сдвиги в популяционной телесности, сознании, личности, воле, внутреннем человеке. Это макроуровень рассмотрения.

Благодаря тому, что мы занимаемся учебной, тренинговой и консультационной деятельностью, мы фиксируем подобный класс феноменов и на микроуровне — на уровне группы или организации. Нарушения, например, ориентировки в пространстве из-за того, что происходит изменение, сдвиг в телесной составляющей, в сознании и реальности воли людей. К примеру, часто участники тренингов не могут перейти с одной станции пересадок на другую, т.к. они теряются. Поэтому вспышка травматизма, которая наблюдалась через год после событий 1991 г., с классических научных позиций ничем не объясняется. Объяснение с виртуальной точки зрения вполне очевидно. Рост травматизма — это отражение тех самых изменений виртуального самообраза — соби — нашей нации.

Более того, мы обсуждали многое из того, что связано с закономерностью развития виртуала реальной экономики. Они отличаются от закономерности развития виртуала виртуальной экономики, извините за тавтологию, т.к. речь идет о виртуальной экономике не в виртуальном, а в обыденном понимании данного слова.

Оказывается, кривые роста реальной экономики отличаются от кривых информационного роста. Последние, кстати, совпадают с кривыми демографического роста. Поэтому можно высказать гипотезу, что рост численности населения на Земле связан с тем, что население начинает жить в информационном виртуале цивилизационных артефактов или субпозиций — в виртуальной экономике в традиционном, обывательском понимании виртуальности. Иными словами, популяция расценивает, что она все время находится в зоне экспоненциального роста, т.е. на возрастающей части кривой. В данной зоне не запускаются механизмы обратной связи по ограничению рождаемости, процесс саморегуляции не запускается.

Мы сейчас подошли к описанию демографических виртуальных событий. Это то, что мы не успели написать, то что не успели с Н.Носовым до конца обсудить.

Если говорить о социальном времени, можно отметить, что есть время существования, жизни виртуала, время его социальной адекватности.

Оказывается, у рождения, у жизни того или иного виртуала тоже есть какие-то закономерности, которые мы успели нащупать¹⁰.

Если говорить об уровне отдельного человека, то статус телесности, сознания, личности и воли меняется не быстрее чем за 3 месяца. Вообще новый человек не может родиться быстрее, чем за 270 дней. Связано это как раз с вырастанием, формированием этого самого

виртуала. Для того чтобы стать специалистом, профессионалом, надо потратить около 7 лет. Кстати, человек «разрушается» в тюрьме тоже примерно за 8 лет.

Как социальные виртуалы играют злые шутки?

Почему-то у нас никто не говорит об этом, но в 1980-е гг. в Великобритании правительство решило сокращать ассигнования на научно-исследовательские институты, занимавшиеся сельскохозяйственной проблематикой. Но дабы не оборвать работу этих институтов, была разработана программа поступательного снижения финансирования. Как говорили британские управленцы – сфера научно-исследовательских работ в области сельского хозяйства «подверглась тысячам мелких ударов». В результате было достигнуто совершенно противоположное. Все привело к демотивации сотрудников и прекращению притока в данную сферу молодежи и смены кадров... К чему я клоню? Ну, если мы посчитаем время, прошедшее между первым событием и недавней вспышкой коровьего бешенства, которая потрясла весь мир, то можно спрогнозировать, что у нас, в России, вспышки чего угодно могут начаться к 2010 г., а может быть, и раньше.

Если подвести короткие итоги, воспользовавшись языком исторической метафоры, то мы с Н.Носовым подошли вплотную к политической виртуалистике и остановились практически перед ней.

Продолжим разговор о виртуальных принципах формирования той или иной реальности. Сегодня очень модно говорить об имиджеологии, управлении, конфликтологии, о киноиндустрии.

Оказывается, для того, чтобы снять хороший фильм требуются три вещи: хорошая история, фабула – это в переводе с латыни означает басня или сказка; должен иметь героя, как правило это какая-то кинозвезда; и самое главное для того, чтобы фильм имел кассовый успех, он должен быть снят в одном жанре.

Если роман пишется в нескольких жанрах одновременно, если фильм снят в нескольких жанрах одновременно, то это искусство не для всех, это элитарное кино. Замечено, что процент людей, способных воспринимать искусство, т.е. имеющих полионтичное сознание, различающих полионтологизм реальности, составляет примерно 5% от популяции. Еще 10–15% – это те люди, которые способны чувствовать и видеть, что за этим, так скажем, «сюром» что-то есть.

Я сейчас во время своего выступления, к сожалению, жанровую чистоту не соблюдаю, и даже, более того, и сюжетную чистоту не соблюдаю...

Романы, как известно, делятся на несколько категорий: на сюжетные романы и несюжетные романы. Сюжетные романы – это те, что классифицируются на любовные, эротические, детективные и

прочие. А несюжетные романы — это романы, в которых много чего намешано, как правило, исторические, например «Петр Первый» — это внесюжетный роман, в котором много чего происходит. Что связывает в нем все воедино? Это всего лишь какая-то высшая реальность — существование страны, создание государственности, патриотизм, непреходящие человеческие ценности...

Мое выступление — внесюжетно, многожанрово. Что его цементирует, сохраняет претензию на семинар, на научную форму доклада? Внесюжетную связь обеспечила виртуальная парадигма и виртуал Н.Носова.

У нас, как я понимаю, практически разработано *синопсическое* описание виртуала. *Синописис* — это значит один взгляд, как бы общий взгляд. Он включает четыре реальности: сердечную реальность — реальность телесности, реальность воли, реальность личности и реальность сознания.

Мы приступили к *несинопсическому* — универсальному описанию реальности виртуала. Мы начали работать с системными методами третьего поколения, с инвариантным моделированием на основе теории гиперкомплексных динамических систем А.Н.Малюты¹¹.

Когда великие люди уходят, то отмечается такая феноменология — сразу же появляются какие-то тексты, авторство которых приписывается ушедшему человеку. Я рассказываю из виртуала Н.Носова, поэтому отмечу: сказать что это текст Носова — нельзя, и в то же время я не могу сказать, что это мой текст. Скорее, я готов приписать его Николаю Александровичу, хотя наверняка он сказал бы это как-то по-другому, по-своему.

Продолжу о виртуальной феноменологии — о феномене виртуальной *контракции*.

Есть словари сокращений и аббревиатур. Я посмотрел на букву «А» в словаре Ахиджаняна «Медицинских и медико-сопутствующих сокращений» и насчитал на эту букву 3 страницы. «А» — это категория летного состава, допущенного к полетам, это также и альбумин и пр., и т.п. Есть масса реальностей, в которых происходит контракция виртуалов до буквы «А». И если мне говорят «А», то совершенно непонятно из какого виртуала, из какой реальности деятельности эта буква звучит.

Поэтому терминология виртуалистики, стандарты терминологические, но и конечно, толковый словарь по виртуалистике — должны создаваться. И должен он создаваться как новый словарь уже следующего поколения, в основе которого лежит, конечно, язык между-

народный: в медицине, в метеорологии, в юриспруденции — это латинский язык. Я думаю, что вполне возможно, что и в виртуалистике тоже должен быть язык латинский.

Мы начали обсуждать с Н.Носовым виртуальные смерти — *разрядку виртуала*, которая происходит на тренингах, и например, во время психотерапии.

Виртуалистику очень трудно понять по одной простой причине — она сама строится по виртуальным принципам. Кроме того, как я уже говорил, она постпредметна, междисциплинарна и поэтому, если мы говорим о каком-то конкретном примере, то может получиться так, что этих рецептов разрешения той или иной проблемы в практической области деятельности уже много. Да, если человек в ней работает, совершенно адекватен и не собирается выходить за ее пределы, то виртуалистика ему просто не интересна. Ну зачем? Ему и так хорошо, деньги платят, специалист уважаемый, людям помогает. Чего еще надо?

Оказывается, если опять говорить о взаимодействии виртуалов, то есть какие-то вещи, нащупанные теми же самыми литераторами — если романист хочет иметь успех, то его роман 2/3 текста должен содержать известного, а 1/3 авторского. Некоторые считают, что эта цифра 1/4.

Виртуалистика в чистом виде, *per se*, на мой взгляд, занимает 90% совершенно нового, уникального и 10% понятного для обыденного сознания. И поэтому виртуалистика достаточно сложна для понимания. Но, тем не менее, люди когда выходят на уровень системной работы, а как правило, это происходит лет через 20 практической деятельности, когда они всю свою практическую реальность, свой виртуал, знают уже как свои 5 пальцев, тогда им становится интересно решать именно тот пласт задач, который связан с виртуалистикой.

Еще один интересный феномен: когда текст виртуальный, то он является самодостоверным. По-другому, иначе просто нельзя сказать.

Этот момент многие специалисты замечают. Так, один из великих джазовых дирижеров сказал, что самое главное в работе дирижера — это понять, что наступил тот самый момент, когда вы можете позволить им, оркестрантам, играть самим. Когда люди вошли в виртуал и начинают играть, то там уже мешать не надо, все само идет.

Недавно в гостях передачи «Ночной полет» был один из режиссеров московских театров. И ведущий у него спросил:

— Говорят, вы такой режиссер странный, вы любите смотреть свои спектакли?

— Да, очень люблю.

— А почему?

— Вы знаете, я стою, смотрю и думаю: неужели это я создал? Ведь спектакль живет какой-то своей собственной жизнью, и мне интересно. Я смотрю, и сам не верю, неужели это я сам поставил.

Мне кажется, мы сейчас подошли к тому самому моменту, когда даже Николай Александрович мог бы сказать, что ему интересно, ему было бы очень интересно сейчас жить вместе с нами и смотреть и думать, что неужели это все виртуалистика.

Виртуалистика должна сейчас породить совершенно новую реальность, величие, масштабы и габариты которой мы даже не можем себе представить. В это время чудесное посчастливилось нам с вами прожить, пожить.

Ну а с точки зрения развития науки его поступок очень сильный — освободить свой виртуал для того, чтобы его начали обживать другие, т.е. отдать себя — тоже сильный научный ход.

Я хотел сделать один доклад, у меня получился совершенно другой. Но он получился именно таким.

Спасибо.

Примечания

- ¹ См., например: *Успенский В.А.* Теорема Гёделя о неполноте. М., 1982.
- ² Позднее идея была подробно изложена в предисловии к работе: *Асадуллин Э.Ф.* Виртуальный подход в истории. М., 2003.
- ³ Только что я перечислил четыре объективных свойства любой виртуальной реальности: порожденность, автономность, актуальность и интерактивность, описанные Н.Носовым и О.Генисаретским (1986).
- ⁴ Здесь отсылка к предыдущему докладчику — профессору В.П.Дурину (Хабаровск), выступавшему в первой части семинара с докладом «Конфликт как виртуальное явление».
- ⁵ Здесь отсылка к предыдущему докладчику.
- ⁶ Речь идет о коллегах — Ревазе Копаладзе, обещавшем работать над словарем на грузинском, и Андриусе Калугинасе из Литвы.
- ⁷ Габариты виртуала — произведение ранга виртуала (количество его иерархических уровней) на его прядок (количество элементов, реальностей на каждом иерархическом уровне).
- ⁸ Позже Центр виртуалистики ИЧ РАН выпустил две монографии, посвященные виртуальной теории бронхиальной астмы: *Носов Н.* Виртуальный конфликт: виртуальная социология медицины. М., 2002. *Михайлов А.Н.* Аретия нарушений дыхания. М., 2003. (Тр. Центра виртуалистики. Вып. 22).
- ⁹ *Пронин М.А.* Виртуальные ловушки // Рационализм и культура на пороге третьего тысячелетия: Материалы III Рос. филос. конгр. (16—20 сент. 2002 г.). В 3 т. Т. 2. Ростов н/Дону, 2002. С. 354.
- ¹⁰ В 2006 г. вышли наши работы, посвященные синдрому жизненного истощения и его противоположности — феномену жизненного наполнения.
- ¹¹ *Малюта А.А.* Гиперкомплексные динамические системы. Львов, 1989.

Оглавление

ОБЩИЕ ПРОБЛЕМЫ БИОЭТИКИ

<i>Б.Г. Юдин</i> Чтоб сказку сделать былью? (Конструирование человека)	3
<i>Т.В. Мишаткина</i> Универсальные принципы, моральные нормы и ценности биомедицинской этики	27
<i>Я.С. Яскевич</i> Биоэтика в контексте междисциплинарных стратегий и механизмов создания этических комитетов	48
<i>О.Р. Айзберг</i> Соблюдение этических норм в научных исследованиях психотропных препаратов	70

ПРОБЛЕМЫ ГЕНЕТИКИ

<i>В.Л. Ижевская</i> Этические и правовые аспекты генетического тестирования и скрининга	78
<i>Я.В. Чеснов</i> Родильный антропоценоз	96
<i>С.А. Боринская, Н.К. Янковский</i> Генетическая адаптация популяций к природным и антропогенным факторам внешней среды	103
<i>И.Б. Моссэ</i> Этико-нормативное регулирование генетического тестирования в республике Беларусь	114

ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИИ

<i>Ф.Г. Майленова</i> Комплексный анализ последствий морального выбора	121
<i>К.Г. Сурнов, П.Д. Тищенко, Е.Ю. Балашова</i> Проблемы этики в клинической психологии	141
<i>Лиза Бортолотти, Маттео Мамели</i> Обман в психологии: моральный ущерб и польза	150
<i>Ф.Г. Майленова</i> Нравственные аспекты гипнотерапии	168
<i>П.Д. Тищенко</i> Медицина и, или парамедицина: в чем смысл конфликта?	175

ПРОБЛЕМЫ ВИРТУАЛИСТИКИ

О.А. Скоркин

Гуманитарная экспертиза в системе образования 180

Г.П. Юрьев

Виртуальная этика мировоззренческой травмы 195

НАУЧНАЯ ЖИЗНЬ

М.А. Пронин

Виртуал Николая Носова (Выступление на первом заседании семинара
РФО «Виртуалистика», 18 января 2002 г.) 207

Научное издание

Биоэтика и гуманитарная экспертиза Проблемы геномики, психологии и виртуалистики

*Утверждено к печати Ученым советом
Института философии РАН*

Художник *Н.Е. Кожина*

Технический редактор *Ю.А. Аношина*

Корректор *А.А. Гусева*

Лицензия ЛР № 020831 от 12.10.98 г.

Подписано в печать с оригинал-макета 14.08.07.

Формат 60x84 1/16. Печать офсетная. Гарнитура Ньютон.

Усл. печ. л. 14,00. Уч.-изд. л. 12,43. Тираж 500 экз. Заказ № 024.

Оригинал-макет изготовлен в Институте философии РАН

Компьютерный набор *Т.В. Прохорова*

Компьютерная верстка *Ю.А. Аношина*

Отпечатано в ЦОП Института философии РАН

119991, Москва, Волхонка, 14