

федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Самарский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра философии и культурологии

МЕДИЦИНСКАЯ АНТРОПОЛОГИЯ

учебное пособие
для студентов медицинских вузов

САМАРА

2024

УДК: 614.2; 572.9(075.8)

ББК: 51.1я73

М 42

Рецензенты:

Соловьева С.В. доктор философских наук, профессор, заведующий кафедрой философии и истории науки Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования " Самарский государственный университет путей сообщения".

Бакшутова Е.В. доктор философских наук, доцент, заведующий кафедрой культурологии, музеологии и искусствоведения Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Самарский государственный институт культуры».

Авторы:

Корецкая М.А. доктор философских наук, доцент, заведующий кафедрой философии и культурологии ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России (предисловие, глава 1, 1.2);

Иливицкая Л.Г. доктор философских наук, доцент, доцент кафедры философии и культурологии ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России (глава 2, 2.2, 2.7);

Барaboшина Н.В. кандидат философских наук, доцент кафедры философии и культурологии ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России (глава 2, 2.1, 2.7);

Клецкин М.В. кандидат философских наук, доцент кафедры философии и культурологии ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России (глава 1, 1.1);

Кузовенкова Ю.А. кандидат философских наук, доцент, доцент кафедры философии и культурологии ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России (глава 2, 2.3, 2.5);

Степанов И.В. кандидат исторических наук, доцент, доцент кафедры философии и культурологии ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России (глава 2, 2.4, 2.6).

М42

Медицинская антропология: учебное пособие для студентов медицинских вузов / Под ред. М.А. Корецкой; ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России. – М.: IPR Media, 2024. – 131 с. – ISBN

В учебном пособии рассмотрены основные проблемные линии медицинской антропологии, показана специфика ее теоретико-методологических подходов, а также представлены прикладные аспекты, демонстрирующие возможности ее применения в медицинских исследованиях и практике. Каждая тема сопровождается списком рекомендованной литературы, контрольными вопросами к теоретическому материалу и заданиями в тестовой форме.

Учебное пособие предназначено для студентов медицинских вузов и подготовлено в соответствии с требованиями действующего Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования специалитета по специальности 37.05.01 Клиническая психология и рабочей программы дисциплины «Медицинская антропология», утвержденной ЦКМС ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России.

УДК: 614.2; 572.9(075.8)

ББК: 51.1я73

Утверждено и рекомендовано к печати ЦКМС ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России (протокол № 6 от 28.02.2024г.)

Рекомендовано координационным Советом по области образования «Здравоохранение и медицинские науки» (протокол №079 заседания экспертной комиссии по работе с учебными изданиями ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18.04.2024 г.)

© Авторы, 2024

© ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, 2024

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	5
Глава 1. ВВЕДЕНИЕ В МЕДИЦИНСКУЮ АНТРОПОЛОГИЮ	14
<i>1.1. История медицинской антропологии</i>	14
Контрольные вопросы	21
Задания в тестовой форме	22
Список рекомендованной литературы	24
<i>2. Биовласть и медикализация</i>	25
Контрольные вопросы	34
Задания в тестовой форме	34
Список рекомендованной литературы	36
Глава 2. ПРОБЛЕМНОЕ ПОЛЕ МЕДИЦИНСКОЙ АНТРОПОЛОГИИ	38
<i>2.1. Болезнь/здоровье как биологический и социокультурный феномен</i>	38
Контрольные вопросы	47
Задания в тестовой форме	48
Список рекомендованной литературы	50
<i>2.2. Концептуализация тела</i>	51
Контрольные вопросы	61
Задания в тестовой форме	62
Список рекомендованной литературы	64
<i>2.3. Гендерные аспекты медицины</i>	66
Контрольные вопросы	74
Задания в тестовой форме	74
Список рекомендованной литературы	77
<i>2.4. Субъектность пациента в контексте современной медицины</i>	78
Контрольные вопросы	84

Задания в тестовой форме	85
Список рекомендованной литературы	88
2.5. Медико-антропологический статус психических заболеваний	89
Контрольные вопросы	96
Задания в тестовой форме	97
Список рекомендованной литературы	99
2.6. Альтернативная медицина	101
Контрольные вопросы	108
Задания в тестовой форме	109
Список рекомендованной литературы	111
2.7. Современные тенденции развития медицины и их гуманитарная экспертиза	113
Контрольные вопросы	121
Задания в тестовой форме	122
Список рекомендованной литературы	125

ПРЕДИСЛОВИЕ

Медицинская антропология – одна из ряда гуманитарных дисциплин, посвященных исследованию различных аспектов человеческого существования. Существуют такие антропологии как философская, религиозная, социальная и культурная, физическая, и, наконец, медицинская. Этот список может быть продолжен в силу сложности человека как био-социо-культурного существа. Многочисленные антропологические дисциплины, ориентируясь на разные цели и исходя из разных методологических перспектив, дополняют друг друга, сохраняя при этом каждая свой проблемный ракурс и специфику материала. Согласно определению, предлагаемому Ассоциацией Медицинских антропологов России, медицинская антропология представляет собой «междисциплинарное научное направление, охватывающее исследование проблем здоровья и здоровьесбережения в широком социокультурном и биокультурном контекстах, разнообразные исторические и культурные формы человеческого опыта, касающиеся реакции на угрозу болезни, многочисленные системы врачевания, существовавшие в прошлом и настоящем»¹.

Таким образом, любые системы врачевания (и современная биомедицина в том числе), рассматриваются медицинской антропологией в их зависимости от конкретной картины мира, в горизонте которой они возникли, что позволяет эксплицировать те культурные смыслы, которые включены в медицинское знание и практики. Медицинские антропологи исследуют разнообразные социокультурные факторы, которые влияют на общественное и

¹ Ассоциация медицинских антропологов России: официальный сайт. Режим доступа: <http://amarussia.ru>

индивидуальное здоровье и могут приводить к болезням и их распространению или являться в определенных ситуациях причинами недостаточной эффективности усилий системы здравоохранения. Медицинская антропология предполагает взгляд на здоровье и болезнь не только как на биологические феномены, но и как на специфический опыт, переживаемый людьми в их повседневной жизни. Соответственно, лечение понимается как определенная социальная практика взаимодействия врача и пациента, успешность которой зависит в том числе и от культурных компетенций врача, его умения находить взаимопонимание с пациентами с учетом их многообразных картин мира, что чрезвычайно важно для адекватного понимания медицинских рекомендаций и формирования у пациента приверженности лечению.

Медицинская антропология, появившись в середине XX века, во многом повторила путь, пройденный ранее культурной антропологией (этнографией). Этот путь вел от колониальных к пост- и деколониальным исследованиям: от изучения «неевропейских» обществ и их практик к проблематизации знаний, практик и представлений людей о себе в обществах западного типа. Сначала ради решения прикладных задач с помощью антропологического знания описывались проблемы, с которыми сталкивались представители западной научной биомедицины в своей работе с представителями местного населения многочисленных колоний европейских стран по всему миру. Затем в фокусе оказались проблемы межкультурного взаимодействия, которые обрушились на системы здравоохранения в бывших метрополиях при наплыве мигрантов. Далее сама система биомедицинского знания и практик стала рассматриваться как предмет антропологических штудий, чтобы помочь ответить на запросы современного общества, которому важен не только научно-технический прогресс медицины, но и ее гуманистический характер. В процессе этих трансформаций медицинская антропология постепенно превращалась из прикладной дисциплины в самостоятельную науку,

обладающую собственным концептуальным инструментарием и объемом теоретического знания.

Медицинская антропология интердисциплинарна, поскольку для исследования социокультурных проблем, с которыми сталкивается современная биомедицина, а также для изучения иных медицинских систем, она, находясь в диалоге с медицинскими, биологическими и экологическими науками, привлекает концепции, объемы эмпирических данных, терминологический аппарат, методологические подходы таких гуманитарных дисциплин, как философия и история медицины, биоэтика, социальная и культурная антропология, социология, психология, экономика, политология.

Медицинская антропология помимо исследовательской и консультативно-прикладной сфер применения, востребована также и в сфере образования. Она преподается как учебная дисциплина в медицинских университетах по всему миру, входя в состав так называемых *medical humanities*, и направлена на формирование общекультурных компетенций, необходимых медицинским работникам для успешного выполнения их профессиональных задач, умения выстроить эффективную коммуникацию с пациентами, формирования ценностного горизонта профессиональной деятельности и профилактики профессионального выгорания. В этом качестве она может включаться и в курсы дополнительного профессионального образования для самого широкого спектра специалистов, чья деятельность связана с медициной.

Круг проблем, с которыми работает медицинская антропология, широк и многообразен. Перечислим лишь некоторые из них. Прежде всего, обратим внимание на критику, которая обращена и со стороны общества, и со стороны самих врачей к системе биомедицинского знания и ее институционализации. Один из основных упреков заключается в том, что биомедицина «потеряла пациента». Этот упрек парадоксален, потому что он поднимает вопрос о необходимости признать и минимизировать негативные стороны тех базовых

характеристик биомедицины, которые обеспечили ей столь впечатляющий прогресс в XX веке и современности. Основание биомедицины – классическое европейское естествознание, которое опирается на материализм и экспериментальный тип познания. В соответствии с заимствованными из естествознания стандартами научности медицина сосредотачивается на телесных, а не духовных процессах, человеческое тело трактуется как организм, то есть как материальная субстанция, которую можно условно разделить на системы и органы. Болезнь понимается как объективно патологическое состояние этих органов и систем, а процесс лечения выстраивается как практика более или менее интенсивного вмешательства. Пациенту как индивиду с его опытом болезни и вопросами о смысле страданий действительно не остается места в этой картине. Врач должен видеть себя в качестве инженера и функционера системы. Такая модель была и остается чрезвычайно успешной, если нужно лечить острые состояния, когда субъектность пациента в большей или меньшей степени редуцирована логикой самой ситуации. Однако именно в силу успешности биомедицины и массового характера здравоохранения, современная медицина все больше работает с хроническими состояниями, медицинское обслуживание и контроль сопровождают практически каждого человека от рождения и до смерти, включаясь в повседневные практики людей. И в таких обстоятельствах субъектность пациента вместе со всей сферой его культурных и индивидуальных смыслов не должна игнорироваться. Таким образом, сегодня от медицины требуется понимать и учитывать на уровне практики те феномены, взаимодействовать с которыми она в силу исторической традиции и сформированной профессиональной оптики не вполне готова. К тому же между врачами и пациентами всегда находятся многочисленные институты со своей бюрократической логикой, которая оправдана массовым и практически индустриальным характером медицинских услуг, но нередко воспринимается и врачами, и пациентами как машина отчуждения. Проблемы коммуникации

могут привести к утрате доверия пациентов биомедицине и врачам, неудовлетворенности оказываемой помощью и часто несправедливой критике, а также готовности пациентов обращаться к так называемым альтернативным медицинским системам, большинство которых экспертное сообщество конвенциональной медицины рассматривает со скепсисом или даже считает откровенно вредоносными. Задача медицинской антропологии – диагностировать и распутать этот клубок проблем, помогая современной медицине быть в большей степени ориентированной на запросы и чаяния пациентов.

Но эта задача далеко не единственная. Прогресс основанных на науке медицинских технологий приводит к тому, что возникает вопрос о постепенной, но при этом достаточно радикальной трансформации человеческой природы. Сегодня прогрессивные биотехнологии не только поставлены на службу высокой цели излечения патологий, справиться с которыми прежде было невозможно, но также они позволяют разворачивать и своего рода арт-проекты коррекции различных телесных несовершенств. Эти тенденции делают трансгуманизм вовсе не абстрактной гипотетической идеей далекого будущего, а самым настоящим трендом, актуализация которого происходит здесь и сейчас, требуя специальных исследований того, как биомедицинские инновации, оспаривая границы человеческой природы, способны изменить параметры человеческого существования и представления людей о самих себе.

Цифровой характер современной эпохи, в которой медиа становятся не только универсальным посредником любой коммуникации, но и всеобъемлющей искусственной средой, также ставит вопрос о трансформации медицинских практик. В частности, потенциальная доступность бесконечного объема данных и практики коммуникации в социальных сетях делают пациента в его диалоге с врачом куда в большей степени информированным касательно диагностируемых у него проблем со здоровьем и возможных подходов к лечению. Но, заявляя о своей субъектности, пациент становится

также и недоверчивым, критически настроенным, его трудно в чем-либо убедить. У врача в цифровую эпоху возникает соблазн, заключающийся в том, чтобы доверять цифровому профилю пациента в информационных системах больше, чем его словам и своему непосредственному наблюдению, что часто негативно влияет на качество коммуникации и ее результат. При этом и врачи, и пациенты склонны относиться с подозрением к транспарентности, свойственной цифровой среде, воспринимая ее как новацию, вводимую в интересах не столько людей, сколько, эффективного контроля и управления со стороны институций. Постоянный поток многообразных детализированных данных, касающихся каждого пациента, с которым благодаря возможностям цифровой среды имеет дело врач, совсем не обязательно приводит к точности постановки диагноза и однозначности прогноза, чего ждет от врача пациент. Напротив, это увеличивает степень неопределенности, что на самом деле соответствует стандартам постклассического научного знания, ориентированного не на детерминистские схемы, а на описание вероятностных сценариев. Таким образом, сегодня и врач, и пациент принимают решения в ситуации неопределенности, и задача медицинской антропологии заключается в том, чтобы выявить и описать спонтанно складывающиеся стратегии принятия таких решений.

Отдельная группа проблем связана с коммерциализацией медицины. Рыночная экономика не может не оказывать влияния на медицину как социальный институт, ставя перед медицинскими учреждениями и врачами задачу экономической эффективности, что не всегда соответствует традиционно понимаемой гуманистической миссии медицины, провоцируя кризис профессиональной идентичности в сознании медицинских работников, в ситуациях, при которых этика служения не совпадает с логикой оказания услуг. Традиционная система отношения врача и пациента в классической западной системе была патерналистской, то есть предполагающей

концентрацию знаний, активности и полномочий в руках врача. Сегодня такая система отношений критикуется обществом, однако право пациента выступать в качестве субъекта процесса лечения не должно предполагать переноса на него всей тяжести принятия решений, равнодушия и формального подхода к исполнению своих обязанностей со стороны работников здравоохранения. Какая модель взаимоотношений здесь должна быть выработана, чтобы пациент получал не только квалифицированную медицинскую помощь, но и столь нужные для него поддержку и заботу, но не чувствовал себя при этом объектом непонятных для него медицинских манипуляций?

Итак, мы видим, что проблемное поле, с которым работает медицинская антропология, весьма обширно. Проблемы не являются спекулятивными, а напротив, вырастают из актуальной практики, и соответственно, работа медицинских антропологов с этими проблемами способна привести к улучшениям практического характера.

Предлагаемый образовательный курс по медицинской антропологии имеет обзорный характер. Его **цель** – ознакомить слушателей с медицинской антропологией как динамично развивающейся областью знания. **Задачи** заключаются в том, чтобы дать представления об истории формирования этой дисциплины и ряде ее тематических областей, наиболее важных для тех специалистов, чья профессиональная деятельность непосредственно связана с медициной. Курс включает в себя такие **тематические разделы**, как:

- история медицинской антропологии в России и за рубежом; ее истоки как прикладной и научной дисциплины, основные направления исследований и методологические парадигмы;
- биополитический горизонт современной биомедицины. Бiovласть как технологии регуляции всех аспектов жизненных процессов населения; медикализация различных областей человеческого опыта как эпифеномен биополитики;

– болезнь/здоровье как биологический и социокультурный феномен. Критика монополии биомедицины на трактовку болезни/здоровья; субъективный и intersубъективный опыт болезни и выздоровления и их нарративы; «общество ремиссии» и его характерные черты;

– концептуализация тела в медицинской антропологии. Тело как культурный проект; техники тела и телесные модусы внимания; «живое» и «мертвое» тело в медицине; органическое, бионическое, виртуальное тело в контексте биомедицинских инноваций;

– гендерные аспекты медицины. Различие понятий «гендер» и «биологический пол»; гендерный аспект в профессиональном поле медицины; гендерные аспекты болезни и их взаимодействие с социальными, экономическими и коммерческими факторами;

– субъектность пациента в контексте современной медицины. Зарождение феномена субъектности пациента в истории медицины; расширение медиа-сферы и повышение онтологического статуса нарративов пациентов в современности; соотношение личностных аспектов пациента и профессионализма врача в процессе коммуникации;

– медико-антропологический статус психических заболеваний. Проблема категоризации психических заболеваний в медицине и в медицинской антропологии; критика стигматизирующих дискурсов и практик; субъектность пациента с психическими проблемами;

– альтернативная медицина как ненаучная система знания и как предмет изучения медицинской антропологии. История взаимоотношений научной биомедицинской и альтернативных систем медицинского знания.

– современные тенденции развития медицины и их гуманитарная экспертиза. Трансформации образа человека в истории медицины, философии и культуры; технологический прорыв в

современной медицине и необходимость гуманитарной экспертизы биомедицинских инноваций.

Учебное пособие направлено на формирование универсальной компетенции (УК-5) – Межкультурное взаимодействие: УК-5. Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия.

Учебное пособие предназначено для студентов медицинских вузов и подготовлено в соответствии с требованиями действующего Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования специалитета по специальности 37.05.01 Клиническая психология и рабочей программы дисциплины «Медицинская антропология», утвержденной ЦКМС ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России.

Глава 1.

ВВЕДЕНИЕ В МЕДИЦИНСКУЮ АНТРОПОЛОГИЮ

1.1. История медицинской антропологии

В ходе изучения темы Вы:

- | | |
|------------------|--|
| <i>узнаете</i> | - этапы развития медицинской антропологии, |
| | - общую характеристику современного состояния медицинской антропологии в России и за рубежом; |
| <i>поймете</i> | - предпосылки становления медицинской антропологии как науки; |
| | - базовые методологические подходы в медицинской антропологии; |
| | - место медицинской антропологии в системе подготовки специалистов гуманитарного и медицинского профиля; |
| <i>научитесь</i> | - различать основные направления медицинской антропологии. |

Как научная дисциплина медицинская антропология опирается на фундамент:

- этнографических исследований различных культур врачевания;
- физической антропологии;
- культурной антропологии;
- исследования систем здравоохранения различных стран.

На рубеже 1950-х – 1960 гг. в США шёл процесс взаимного сближения сообщества медиков и ученых-гуманитариев. Социологи, психологи и антропологи активно проводили свои исследования в больницах и клиниках, сотрудничали с санитарно-медицинскими службами. При этом именно антропологи продемонстрировали наилучшую способность к такому взаимодействию в рамках прикладной антропологии. В те годы на медицинских факультетах некоторых американских университетов впервые появились учебные дисциплины, которые начали преподавать антропологи.

В ходе этого сближения впервые прозвучало новое понятие – медицинская антропология (в 1959 г. Джеймс Рони впервые употребил термин «медицинская антропология», и он же составил один из первых научных обзоров по этой проблематике). Это понятие означало сферу антропологического знания, связанную с проблемами практического здравоохранения. С одной стороны, зарождающуюся медицинскую антропологию можно было рассматривать как один из разделов социальной (культурной) антропологии, ориентированный на медицину. С другой стороны, она с самого начала вела себя как особая междисциплинарная область, возникшая вследствие совместных усилий медиков и антропологов.

Первое поколение медицинских антропологов предпочитало рассматривать свою дисциплину как прикладную науку – прикладную антропологию. Джордж Фостер (1913 – 2006) – один из пионеров медицинской антропологии в США считал, что новая дисциплина наиболее успешно будет развиваться именно как прикладная дисциплина, причем как в рамках медико-профилактической работы, связанной с общим улучшением состояния здоровья отдельных групп населения, так и в рамках клиники.

Антропологи могли выступать консультантами по вопросам культуры, помогая докторам и санитарным работникам вести лечебную и профилактическую работу с представителями иных культур. Неслучайно поэтому, что многие из антропологов

продолжили свою деятельность на поприще изучения экзотических культур, отправляясь работать в дальние страны, взаимодействуя с различными международными организациями, в том числе ВОЗ, ЮНЕСКО и т. д. Прикладной характер медицинской антропологии означал также, что антропологи могут и должны участвовать в процессе медицинского образования.

Уже в 1950-е гг. некоторые представители прикладной антропологии начали читать лекции в медицинских школах, и этот процесс был продолжен в следующем десятилетии. Подготовка учебных курсов требовала поиска подходящей литературы, выработки специальных методик, расширения кругозора самих антропологов. Данное обстоятельство способствовало тому, что среди первых медицинских антропологов были не только профессионалы, пришедшие с кафедр социальной антропологии, но и профессиональные медики, увлеченные антропологическими идеями. Эта тенденция профессионального сотрудничества сохраняется и в наше время. Среди медицинских антропологов многие имеют дипломы и ученые степени, как по антропологии, так и по медицине.

В середине 1960-х гг. начался процесс объединения антропологов. В 1967 г. в рамках Общества прикладной антропологии образовалась особая «Группа медицинской антропологии». В 1968 г. Группа начала публиковать свой журнал «Medical Anthropology Newsletter». В 1970 г. на базе Группы возникло Общество медицинской антропологии. В 1972 г. в Калифорнийском университете организована первая в мире программа преподавания медицинской антропологии. После этого медицинская антропология прочно вошла в образовательные курсы многих медицинских школ и университетов по всему миру.

К началу 1970-х гг. многие антропологи уже имели богатый опыт работы в составе санитарно-медицинских организаций, занятых профилактикой инфекционных заболеваний в странах Третьего мира, а также в сельской местности и на периферии в собственных странах.

Появление антропологов в лечебно-медицинских учреждениях стало новым этапом в их работе, и это привело к возникновению в США в середине 1970-х гг. одного из самых ранних направлений медицинской антропологии – клинической прикладной антропологии. Свою задачу клинические антропологи видели в том, чтобы помогать врачам и медицинскому персоналу в больницах лучше взаимодействовать с пациентами и повышать эффективность лечения. Самих себя клинические антропологи считали культурными интерпретаторами, способными устранять культурные барьеры между медиками и пациентами. В крупных американских и британских больницах для работы клинических антропологов в 1970-е гг. стали выделяться оплачиваемые рабочие места. Антропологи в клиниках стали заниматься исследованиями, консультированием и обучением медицинского персонала. Позже некоторые медики стали обращать внимание на то, что результаты работы антропологов в клиниках невелики, и применение антропологического знания должно в большей степени соответствовать требованиям клинической медицины, чем это имеет место. Некоторые клинические антропологи также признавали слабую эффективность своей работы и поэтому занялись поиском новых форм деятельности, способствуя дальнейшему развитию клинической прикладной антропологии.

Другая часть антропологов нашла лучшее применение своим силам за пределами клиники, на поприще академических исследований. После того, как медицинская антропология стала преподаваться в университетах, она стала приобретать черты все более самостоятельной академической дисциплины. В рамках самой медицинской антропологии произошел так называемый «теоретический поворот». Из прикладной дисциплины медицинская антропология быстро превратилась в науку, которой требовалась собственная методология и набор концептуальных решений. Однако с учетом особенностей происхождения дисциплины и тех задач, которые она стала решать, какая-либо одна теоретическая методология

(парадигма) утвердиться в ней не могла. Расширяющееся пространство новой области знания включило в себя одну за другой несколько разных методологических подходов.

К сегодняшнему дню в рамках медицинской антропологии сформировались несколько парадигм, самыми известными из которых являются:

- социокультурная медицинская антропология («медицинская этнография», «этномедицина» и т. д.);
- «био-поведенческая парадигма» («эколого-эволюционный подход», «медицинская экология» и т. д.);
- «политико-экономическая парадигма» («био-экономика здоровья», «политическая экология здоровья», «политико-экономический подход» и т. д.);
- прикладная медицинская антропология.

В тесной связи с клинической прикладной антропологией на исходе 1970-х гг. стала развиваться антропология народной медицины, а также антропология комплементарной и альтернативной медицины. Первоначально она утвердилась под названием «этномедицинской парадигмы», поскольку представители этого направления акцентировали свое внимание на изучение «этномедицины», то есть огромного разнообразия различных систем врачевания, которые культурно и исторически развивались вне связи с западной биомедициной. На этой основе возник интерес к различным медицинским системам, в том числе домашнему врачеванию. В рамках этномедицинских исследований антропологи получили крайне много полезной информации о лекарственных препаратах и приемах лечения, неизвестных биомедицине. В свою очередь, многие медики видят большую пользу от развития именно этого направления медицинской антропологии.

К концу XX-о столетия были получены интересные результаты изучения ментального здоровья разных народов, связанные с успехами в таких пересекающихся областях, как «психологическая

антропология», «антропология сознания», а также на стыке с различными формами культурно-чувствительной психиатрии, такими, как «этнопсихиатрия», «транскультурная психиатрия» и «кросс-культурная психиатрия». В настоящее время обширная сфера исследований, касающихся таких проблем, как психические расстройства и психическое здоровье, объединено в рамках весьма динамичной области, именуемой антропология психических болезней или антропология психического здоровья.

С середины 1980-х гг. получила развитие антропология биомедицины, которая сконцентрировала свое внимание на изучении биомедицины. Антропологи в медицинских учреждениях стали изучать не только обычаи и ритуалы профессионалов современного здравоохранения, но и все те изменения, которые пришли в их работу вследствие внедрения разнообразных биомедицинских технологий. Антропологи не только были вынуждены сотрудничать с врачами, исследователями из клинических лабораторий и медицинских центров, но и с другими коллегами-обществоведами — социологами, психологами и философами-биоэтиками, у которых антропологи с интересом переняли некоторые идеи и подходы к работе.

До середины 1970-х гг. мало кто из антропологов обращал внимание на вопросы человеческой репродукции. Темы родов, контроля рождаемости, помощи беременным и родившим женщинам сделались остро значимыми благодаря общему росту внимания к проблемам женщин и феминистским инициативам, проникшим в антропологическое сообщество. Многие антропологи стали предпринимать усилия по развитию еще одного направления — антропологии репродукции. Благодаря огромному количеству выполненных в этой сфере исследований это направление стало одним из наиболее привлекательных для новых поколений исследователей, прежде всего антропологов-женщин.

Еще одним направлением современной медицинской антропологии можно считать антропологию общественного здоровья

или общественного здравоохранения, которую иногда также называют антропологией глобального здоровья. Она выросла из послевоенной традиции изучения специфики работы санитарно-медицинских служб разных государств. Свой вклад в развитие этой области вносят и те антропологи, которые работают в рамках других направлений. Отсюда взаимопроникновение тем, идей и научных решений.

В России весомый вклад в развитие медико-биологического направления медицинской антропологии внесли доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАМН Б.А. Никитюк (1933 – 1998), доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАЕН Л.А. Алексина, а также представители целого ряда кафедр нормальной анатомии российских медицинских вузов. Основной акцент в их исследованиях был сделан на разработке анатомо-антропологических подходов к оценке индивидуальной изменчивости. В 1992 г. в Киеве была опубликована монография Б.А. Никитюка и В.Г. Ковешникова «Медицинская антропология», ставшая ценной основой для развития медико-биологического направления медицинской антропологии в России.

Наряду с врачами с 1970-х гг. целый ряд вопросов медицинской антропологии стали разрабатывать физические антропологи, прежде всего, доктор исторических наук, профессор, академик РАН Т.И. Алексеева (1928 – 2007). В центре ее внимания стали вопросы здоровья и адаптации человека в различных экологических условиях. В 1989 г. под редакцией Т. И. Алексеевой вышла монография «Антропология – медицине».

В середине 1970-х гг. в СССР появились первые исследования по медицинской антропологии с позиций этнографического знания. В программной статье Ю.В. Бромлея и А.А. Воронова «Народная медицина как предмет этнографических исследований» был поставлен вопрос о важности этнографических (социально-антропологических) исследований этномедицины. Спустя более двадцати лет такие исследования активно начала проводить этнограф В.И. Харитонова. С

2011 г. под её редакцией начал публиковаться международный рецензируемый научный журнал «Медицинская антропология и биоэтика» с периодичностью выхода два раза в год. Публикации о целях и задачах медицинской антропологии и ее современном состоянии в России и на Западе стали появляться в ведущих российских изданиях по этнологии.

В самом начале 2000-х гг. медицинская антропология стала преподаваться в некоторых российских вузах на социально-гуманитарных специальностях. В России впервые самостоятельный курс по медицинской антропологии начал читаться в 2001 – 2002 учебном году в Саратове профессором Д.В. Михелем.

Итак, за 60 лет своего развития медицинская антропология прошла путь от утилитарной медицинской дисциплины, до признанной академической дисциплины, успешно интегрирующей достижения и методы различных гуманитарных и медицинских наук. Пожалуй, самыми актуальными проблемами, изучаемыми в современной медицинской антропологии, являются следующие:

- равный доступ к качественной медицине для всех групп населения;
- использование в медицинской практике средств и методов народной медицины;
- развитие и последствия использования современных биомедицинских технологий;
- социально-экономические факторы общественного здоровья;
- этно-медицина в различных культурах;
- насилие и общественное неравенство как факторы здоровья различных социальных и этнических групп населения.

Контрольные вопросы

1. Укажите время начала формирования медицинской антропологии?
2. В чем состояла специфика задач, которые ставили перед собой первые медицинские антропологи?
3. В чем состоит важность учета культурных различий в медицинской деятельности?
4. Укажите время начала формирования клинической прикладной антропологии.
5. Раскройте содержание «теоретического поворота» в медицинской антропологии?
6. Какие методологические парадигмы сформировались в рамках медицинской антропологии?
7. Что такое комплементарная медицина?
8. С чем связан рост интереса к антропологии биомедицины?
9. Каковы самые актуальные проблемы в современной медицинской антропологии?
10. Раскройте содержание «политико-экономической парадигмы» в медицинской антропологии?

Задания в тестовой форме

1. Автор термина «медицинская антропология»:
 - а) А.П. Богданов
 - б) Д. Рони
 - в) Д.В. Михель
 - г) Гиппократ.
2. Основоположником прикладной медицинской антропологии является:
 - а) А.П. Богданов
 - б) Д. Рони
 - в) Д.В. Михель

г) Дж. Фостер.

3. Направление, не относящееся к современным методологическим парадигмам медицинской антропологии:

- а) био-бихевиористская антропология
- б) социокультурная медицинская антропология
- в) археологическая антропология
- г) политико-экономическая антропология.

4. Год создания первой учебной программы по медицинской антропологии:

- а) 1972 г.
- б) 1962 г.
- в) 1980 г.
- г) 1989 г.

5. Антропологические исследования в области народной и альтернативной медицины – это...

6. Антропология репродукции не изучает:

- а) вопросы контроля рождаемости
- б) помощь беременным
- в) права женщин
- г) психологию воспитания.

7. Первые исследования по медицинской антропологии появились в СССР...

- а) в сер. 50-х гг.
- б) в сер. 60-х гг.
- в) в сер. 70-х гг.
- г) в сер. 80-х гг.

8. Научный журнал «Медицинская антропология и биоэтика» издается в России с:

- а) 1992 г.
- б) 1980 г.
- в) 2011 г.
- г) 2019 г.

9. Первый учебный курс по медицинской антропологии стал преподаваться в российских вузах:

- а) в нач. 1990-х гг.
- б) в нач. 2000-х гг.
- в) в нач. 2010-х гг.
- г) в нач. 2020-х гг.

Список рекомендованной литературы

1. Бромлей Ю.В., Воронов А.А. Народная медицина как предмет этнографических исследований // Советская этнография. – 1976. – № 5. С. 3 – 18.

2. Михель Д.В. История болезни в социокультурном аспекте: философское осмысление медико-антропологических исследований пациентского опыта // Вестник Самарской гуманитарной академии. Серия «Философия. Филология». – 2016. – № 2(20). – С. 88 – 109

3. Михель Д.В. Социальная антропология медицинских систем: медицинская антропология: учеб. пособ. для студентов – Саратов: Новый Проект, 2010. – 80 с.

4. Харитонов В.И. Медицинская антропология в России и на Западе // Этнографическое обозрение. – 2011. – № 3. – С. 3 – 10.

5. Харитонов В. И. (отв. ред.) Медицинская антропология: проблемы, методы, исследовательское поле: сб. статей / Институт этнологии и антропологии РАН им. Н.Н. Миклухо-Маклая; Ассоциация медицинских антропологов. – М.: ООО «Публисити», 2015. – 333 с.

2. Биовласть и медицинализация

В ходе изучения темы Вы:

- | | |
|------------------|---|
| узнаете | - о происхождении понятий биовласти и биополитики,
- о ключевых особенностях биополитического диспозитива власти; |
| поймете | - какую роль играет медицина в эпоху биополитики,
- чем обусловлен процесс медицинализации различных областей повседневности; |
| научитесь | - эксплицировать элементы биовласти в различных технологиях управления жизненными процессами населения,
- анализировать позитивные и негативные эффекты медицинализации. |

За последние два столетия опирающаяся на научную рациональность медицина достигла впечатляющего прогресса в борьбе с широким спектром болезней, открыла способы существенно увеличить продолжительность и качество жизни людей. Впервые в истории человечества стал возможен массовый характер предоставляемой медицинской помощи. Но что еще более важно, медицина сегодня стала одним из важнейших социальных институтов, а состояние системы здравоохранения в той или иной конкретной стране может рассматриваться как важнейший показатель благополучия общества и состоятельности государства. Такое положение дел далеко не само собой разумеется и понимание причин и исторической логики этих изменений позволяет увидеть движущие силы развития медицины, а также понять основания проблем, с которыми она как система знания и как институт заботы о населении сталкивается в своем развитии.

Наиболее фундаментальным образом эти причины описываются в работах французского философа власти и историка социальности Мишеля Поля Фуко, предложившего такие концепты как «биополитика» и «биовласть» для описания перехода современных обществ к новой модели управления, которая во многом делает ставку именно на медицину.

Фуко трактует феномен власти в более широком смысле, чем это было принято делать ранее в социальной и политической философии. Власть как социальное явление не сводится только лишь к политической сфере и работе государственного аппарата, она присутствует в социальном пространстве везде, где есть отношения господства и подчинения, дисциплины и контроля, управления собой и другими. Она пронизывает собой и публичную, и частную сферы; соответственно, институты семьи, образования и медицины, не в меньшей степени, чем институт государства представляют собой системы властных отношений. При этом нет никакой неизменной сущности власти, она трансформируется вместе с изменением социальных практик.

Фуко констатирует, что в современности происходит переход от суверенной модели власти к биополитической. Этот тезис вслед за Фуко развивает и итальянский философ Джорджо Агамбен. Суверенная парадигма власти, генеалогически восходя к праву древнеримского отца семейства повелевать распоряжаться жизнью и смертью своих домочадцев, воплощалась в полномочиях римских императоров как «отцов отечества», средневековых монархов как наместников Бога-Отца на земле, а также абсолютных монархов периода Нового времени. Легитимность этой власти опиралась на религиозную веру в божественный характер иерархии, а самой сутью властных полномочий было беспрекословное право суверена обречь не только врагов, но и подданных на смерть. Суверен демонстративно жестоко казнил заговорщиков, вел кровопролитные войны, при этом он гарантировал целостность территорий и порядок на них. Однако с

конца XVIII века начались постепенные, но радикальные по своим последствиям изменения. Фигура монарха все больше растворялась в институте государства, которое и стало в конечном счете субъектом суверенитета в международной политике; ушли в прошлое пышные средневековые казни, государственное управление в большей степени сосредотачивается не на завоевании новых территорий, а на эффективном управлении населением. Возобладала логика капиталистического отношения к ресурсам, которые надлежит теперь не демонстративно растрачивать ради утверждения королевского престижа, а преумножать, эффективно распоряжаться ими. И в этом контексте все более разносторонняя и детализированная власть над жизнью вытесняет бывшее право суверена причинять смерть, хотя, как показывает Агамбен, вытесняет далеко не полностью. Биополитическое управление сохраняет определенные зоны исключения (зоны военных конфликтов), где жизнь по-прежнему ничего не стоит. В этом смысле темной стороной биополитики может являться некрополитика как нелегитимная в свете концепции прав человека практика квалифицировать некоторые жизни как менее ценные, чем другие (об этой проблеме помимо Агамбена пишут такие авторы как Акилле Мбембе и Сергей Мохов).

Понятие жизни может толковаться в самых разных смыслах: романтическом (как иррациональная стихия), теологическом (как «божий дар», «божья искра»), натурфилософском (как духовное начало в природе), но биополитическая трактовка жизни опирается, прежде всего, на язык двух относительно поздно возникших эмпирических наук – биологии и политэкономии. Биологический концептуальный аппарат описывает жизнь как совокупность физических и химических процессов, протекающих в организме. В качестве ключевых свойств организма выступают сложная организация, метаболизм, способность к развитию, адаптация, воспроизводство, способность эволюционировать. С другой стороны, оптика политэкономии рассматривает природно-биологическое и биологическое в человеке,

как ресурс для социальных процессов, а последние понимает как производство богатств, основанное на материальном производстве. Соответственно, человеческая жизнь, включенная в циклы воспроизводства и производства, биологизируется, капитализируется и политизируется одновременно.

Гуманизация не была целью этих процессов трансформации дискурсов и управленческих практик, но она оказалась их важным эффектом. Жизнь начинает рассматриваться как высшая ценность (и в экономическом, и в этическом, и в экзистенциальном смыслах одновременно). Право на жизнь объявляется естественным уже в Декларации независимости США (1776), но лишь после Второй Мировой Войны, чтобы предотвратить в дальнейшем самую возможность геноцида и массового террора, на Генеральной Ассамблее ООН (1948) была принята Всеобщая декларация прав человек, где заявляется, что «Каждый человек имеет право на жизнь, на свободу и на личную неприкосновенность». Право на жизнь неотчуждаемо, а ключевой обязанностью государства становится обеспечение этого права и забота о безопасности населения.

Само понятие населения как объекта управленческой деятельности кристаллизуется именно в биополитической логике и понемногу вытесняет из публичного дискурса понятие народа, которое имело теологические корни и было напрямую связано с суверенной моделью власти. Население – это не просто люди, проживающие на определенной территории, это массы людей, чья жизнь рассматривается с точки зрения взаимосвязи ее биологических, социальных и экономических параметров и статистически учитывается в качестве ресурса.

Возникает демография (сам термин появляется у Анри Гийяра в работе 1885 г.) как наука о закономерностях воспроизводства и распределения населения. Об опасностях, с которыми может быть связан неконтролируемый рост населения, писал уже в середине XIX в. Томас Мальтус. Перед государством ставится задача не только

учитывать статистику рождаемости и смертности, продолжительности жизни, соотношения трудоспособного и нетрудоспособного населения, количество детей в семьях, уровень потребления и многие другие параметры, но также прямо или косвенно влиять на их изменение в желаемую сторону, не вступая при этом в противоречие с идеей права человека как гражданина на управление собственной жизнью.

Как показывает Фуко, здесь складываются две стратегии государственного управления населением в параметрах биовласти. Первая предполагает строгую регламентацию всех сторон жизни с соответствующими санкциями за нарушение установленных порядков (немецкая модель «полицейского государства»). Вторая строится на базисе заботы о благополучии и обеспечении жизненных потребностей (либеральная модель). Однако в обоих случаях речь идет о биовласти, в горизонте которой общество допускает вмешательство всевозможных инстанций контроля практически во все сферы повседневности, поскольку это дает людям основание требовать от государства обеспечения безопасности, достойного качества и уровня жизни. И если государство не справляется с этими задачами, его легитимность может быть публично поставлена под вопрос.

В этом биополитическом горизонте медицина и как знание, и как практика лечения, и как институт здравоохранения начинает играть без преувеличения ключевую роль в решении задачи управления населением. Болезни более не рассматриваются как «Божья кара» и следствие первородного греха; все меньше остаются они и частным делом индивидов. Современная медицина вовсе не случайно называется «биомедициной»: она придерживается стандартов научности и основывается на фундаменте биологии. Для нее релевантна прогрессистская установка; активно применяется принцип дополнения фундаментальных исследований развитием технологических инноваций. Медицина окончательно институционализируется и стандартизируется; медицинская помощь

становится все более специализированной, приобретает системный и массовый характер. Как показывает Фуко, значительную роль в этом процессе играло становление таких учреждений как клиники и психиатрические лечебницы, чей гуманизм на первых порах был сомнителен, поскольку они принудительно изолировали больных от здоровых и «ненормальных» от вменяемых, помещая страдающих патологическими состояниями в особые дисциплинарные пространства и в значительной мере лишая их субъектности. Тем не менее именно организация этих пространств сделала возможным становление клинического мышления, без которого современная медицина со всеми ее масштабными достижениями была бы немыслима.

Далее, медицина поддерживается, регламентируется и контролируется государством, что не отменяет рынка частных медицинских услуг, однако предполагает постоянный надзор за этим рынком со стороны целого ряда государственных и общественных инстанций. Расходы на медицину являются существенной статьей государственных бюджетов и рассматриваются как важный показатель социальной политики. Доступность медицинских услуг населению, их качество, эффективность, соответствие стандартам – все эти параметры подлежат мониторингу из гуманистических, экономических и политических соображений одновременно.

Пандемия коронавируса наглядно показала первостепенную значимость медицины в биополитическую эпоху. Эпидемии могут приобретать характер глобальных проблем, затрагивающих практически все аспекты жизни населения по всему земному шару, однако проблемы конкретных систем здравоохранения в конкретных странах проявляются в недостаточной готовности ответить на глобальный вызов и в итоге, отражаются в неутешительных цифрах статистики избыточной смертности. Международное сотрудничество не отменяет конкуренции: кривая заболеваемости, уровень смертности, наличие или отсутствие эксцессов в связи с перегрузками

системы, наличие оснащенных койкомест в больницах, подготовленность и достаточность медицинского персонала, эффективность принятых протоколов лечения, разработка вакцин и доказательство их эффективности, ход кампаний вакцинации и их результат, — все это и многое другое становилось весьма чувствительными проблемами, затрагивающими престиж стран на международной арене, что представляет собой ярко выраженный биополитический феномен, ставший предметом исследования целого ряда медицинских антропологов.

Даже если в фокусе исследовательского внимания держать не экстраординарную ситуацию пандемии, а рутинное положение дел в сфере медицины, становится очевидно, что здравоохранение выполняет роль ключевого звена в практиках управления различными аспектами жизни населения, то есть медицина в эпоху биополитики является проводником власти и ее собственная область пронизана сетью силовых отношений.

В предыдущие эпохи рядовой человек сталкивался с медициной лишь эпизодически в своей жизни, если сталкивался вообще, поскольку далеко не все социальные слои могли себе такого рода помощь позволить. Сегодня различные медицинские инстанции перманентно сопровождают каждого индивида от его рождения (и даже зачатия) до смерти (и даже после нее), причем далеко не все в этом взаимодействии происходит по инициативе самого индивида. Постоянный мониторинг чрезвычайно затратен для всех элементов системы, начиная от человека и заканчивая государством, однако даже с учетом формальности контролирующих процедур едва ли можно оспорить его эффективность. Ведь он обеспечивает дисциплинарный эффект, значение которого для управления человеческими популяциями современных масштабов трудно переоценить: система выстроена таким образом, что значительную часть социальных опций (таких как зачисление в школу, вуз или трудоустройство) невозможно выполнить, минуя процедуры медицинских осмотров и иных видов

освидетельствования. Но и собственно медицинский аспект охраны общественного здоровья выигрывает от институционально обеспечиваемой возможности оперативного выявления случаев туберкулеза и иных общественно опасных заболеваний, возможности раннего диагностирования онкологии или высоких рисков сердечно-сосудистых заболеваний. Осуществление управления населением через медицинские инстанции с одной стороны, и повседневная жизнь, проходящая под постоянным медицинским сопровождением с другой стороны, приводят к так называемому процессу медиализации, который едва ли был бы возможен и востребован в иных условиях, кроме биополитических.

Под медиализацией понимают процесс распространения влияния медицинского знания, практик и специфического медицинского дискурса на те области социального опыта, которые прежде рассматривались как обычные, не связанные с патологией. Теперь же они начинают рассматриваться как медицинская проблема, становятся объектом лечения и профилактики.

Исследователи оценивают этот процесс неоднозначно. С одной стороны, речь может идти о вполне невинном использовании языка медицины для метафорического обозначения социальных проблем, требующих решения (в этом смысле говорят, например, «о метастазах преступности» или «патологической коррумпированности», используя органицистскую метафору для описания общественного «тела»). Трактовка таких форм асоциального поведения, как алкоголизм и наркомания в качестве болезней предполагает не только наказание, но и лечение вовлеченных в эти практики индивидов, что значительно способствует их социализации. Вполне позитивным проявлением медиализации можно считать и сформированную у обывателей привычку понимать и описывать свои состояния здоровья и болезни в медицинских терминах, что стало возможно благодаря многообразным формам просвещения и постоянному взаимодействию пациентов с врачами. У более специфицированных направлений медиализации

также можно отметить очевидные прогрессивные стороны. Так, процесс обязательного медицинского сопровождения родов существенно снизил смертность как матерей, так и новорожденных младенцев. А медикализация смерти позволила разработать протоколы, давшие возможность облегчить страдания больных в терминальной стадии и создать такой тип учреждений, как хоспис.

С другой стороны, целый ряд авторов относятся к медикализации критически (обзор этих критических позиций дает медицинский антрополог Дмитрий Викторович Михель). Так, например, Томас Сас и Питер Конрад говорят о фактическом социальном конструировании психических болезней ради контроля над теми проявлениями индивидуального поведения, которые считаются в обществе нежелательными. Такие диагнозы как истерия или гиперактивность могут являться примерами этой тенденции. В результате под опекой психиатрии оказываются индивиды, которые вполне могли бы обойтись без нее и которые подверглись стигматизации просто потому, что были не слишком удобны для своих семей. Еще более радикален в своей критике Иван Иллич, который говорит о том, что медикализация по сути является экспроприацией здоровья и производит «клинический ятрогенез», то есть порождает болезни, возникающие в результате побочных эффектов слишком агрессивной терапии по отношению к организму пациента. Кроме того, общество, избавляясь с помощью биомедицины от острых инфекционных болезней, оказывается в ситуации расцвета болезней хронических, в результате чего люди осознают себя больными не время от времени, а постоянно, будучи бессильными перед господством медицинских корпораций. Корпорации, в особенности фармацевтические, критикует и Линн Пейер, обращая внимание на то, что для создания спроса на свои товары и услуги они конструируют болезни: с корыстными целями патологизируются облысение, целлюлит, возрастное снижение сексуальной активности, ухудшение памяти и многое другое. Здоровье становится товаром, равно как и сверхценная жизнь

коммерциализируется во всех своих проявлениях, что приводит к скрытым формам эксплуатации, закамуфлированным под заботу о здоровье.

В результате процесса медиализации медицина получает власть над репродуктивной активностью и сексуальностью, гигиеной, эмоциональной жизнью людей, процессами возрастных изменений и смертью. Общество должно приложить усилия к тому, чтобы эта власть осуществлялась в интересах пациента, а не безличных структур, будь то государственные институты или частные компании.

Контрольные вопросы

1. В чем состоит содержание суверенной концепции власти?
2. В чем состоит связь биополитической концепции жизни с биологией и политэкономией?
3. Как вы понимаете содержание процесса гуманизации жизни?
4. Какие стратегии государственного управления населением в рамках биополитики выделяет Фуко? Какая из этих стратегий, на ваш взгляд, преобладает в современной России?
5. Каким образом в рамках биополитической концепции Фуко государство и медицина связаны друг с другом?
6. Как вы понимаете содержание процесса медиализации?
7. Какие негативные последствия воздействия биомедицины выделяют Т. Сас и П. Конрад?
8. Что такое «клинический ятрогенез»?
9. Какие негативные последствия воздействия биомедицины выделяет Л. Пейер?

Задания в тестовой форме

1. Автор понятий «биовласть» и «биополитика»:
а) М. Фуко

б) Т. Сас

в) И. Иллич

г) А. Мбембе.

2. Жизнь в эпоху биополитики рассматривается как:

а) высшая ценность

б) биологический феномен

г) экономический ресурс

д) предмет политического управления

е) все перечисленное.

3. Высказывание: «Медицина в эпоху биополитики выполняет роль ключевого звена в практиках управления различными аспектами жизни населения» является:

а) верным

б) неверным.

4. Биополитическая концепция власти основывается на религиозном принципе божественной легитимности:

а) верно

б) не верно.

5. Суверенная концепция власти основывается на праве монарха обречь врагов и подданных на смерть:

а) верно

б) не верно.

6. Биополитическая ценностная установка, в рамках которой жизнь рассматривается как высшая ценность в экономическом, этическом, и экзистенциальном смыслах одновременно – это...

7. Наука о закономерностях воспроизводства и распределения населения – это...

8. Процесс распространения влияния медицинского знания, практик и специфического медицинского дискурса на те области социального опыта, которые прежде рассматривались как обычные, не связанные с патологией – это...

9. Практика, в рамках которой некоторые жизни квалифицируются как менее ценные – это...

10. Установите соответствие между авторами и принадлежащими им понятиями, выражающими содержание критики процесса медиализации.

Понятие	Определение
1. Т. Сас и П. Конрад	а) общество ремиссии
2. И. Иллич	б) коммерциализация жизни и здоровья
3. А. Франк	в) экспроприация здоровья и клинический ятрогенез
4. Л. Пейер	г) социальное конструирование психических болезней

Список рекомендованной литературы

1. Агамбен Дж. Суверенная власть и голая жизнь. – М.: Европа, 2011. – 256 с.

2. Михель Д.В. Медиализация как социальный феномен // Вестник СГТУ. – 2011. – № 4 (60). – Вып. 2. – С. 256 – 263.

3. Мохов С. История смерти. Как мы боремся и принимаем. – М.: Individuum, 2020. – 232 с.

4. Социология пандемии. Проект коронаФОМ / Рук. авт. колл. А.А. Ослон. – М.: Институт Фонда Общественное Мнение (инФОМ), 2021. – 319 с.

5. Фуко М. Безопасность, территория, население. Курс лекций, прочитанных в Коллеж де Франс в 1977 – 1978 учебном году. – СПб.: Наука, 2011. – 540 с.

6. Фуко М. Нужно защищать общество. Курс лекций, прочитанных в Коллеж де Франс в 1975 – 1976 учебном году. – СПб.: Наука, 2005. – 312 с.

7. Фуко М. Рождение биополитики. Курс лекций, прочитанных в Коллеж де Франс в 1978-1979 учебном году. – СПб.: Наука, 2010. – 448 с.
8. Conrad P. Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness / P. Conrad, J.W. Schneider. – Philadelphia: Temple University Press, 1992. P. 263 – 265.
9. Conrad P. The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders. – Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007. – 204 p.
10. Illich I. Medical Nemesis: The Expropriation of Health. – New York: Pantheon Books, 1976. – 202 p.
11. Mbembe Achille. Necropolitics. – Durham, NC: Duke University Press. 2019. – 224 p.
12. Szasz T. The Medicalization of Everyday Life: Selected Essays. – Syracuse, NY: Syracuse University Press, 2007. 202 p.

Глава 2.

ПРОБЛЕМНОЕ ПОЛЕ МЕДИЦИНСКОЙ АНТРОПОЛОГИИ

2.1. Болезнь/здоровье как биологический и социокультурный феномен

В ходе изучения темы Вы:

- | | |
|------------------|---|
| узнаете | - основные трактовки болезни/здоровья как биологического и социокультурного феномена; |
| поймете | - различие между биомедицинским и медицинско-антропологическим пониманием болезни/здоровья; |
| научитесь | - анализировать субъективный и интерсубъективный опыт болезни. |

Понятия «здоровье» и «болезнь» сложно поддаются определению, поскольку максимально широки в своем значении и используются как в научном дискурсе, так и в повседневном общении. Более того, данные понятия зачастую выступают метафорами для объяснения различных контекстов бытия, например, «нездоровая обстановка в коллективе» или «мировая экономика серьезно больна».

Понятия здоровья и болезни часто определяются относительно друг друга. Так, здоровье может осмысливаться как отсутствие болезни, а болезнь как потеря здоровья. Подобное определение здоровья отражено в толковом словаре В.И. Даля: «здоровье или

здравие – состоянье животного тела (или растения), когда все жизненные отправления идут в полном порядке; отсутствие недуга или болезни»².

Понятие здоровья и болезни определяется медициной как социальным институтом, через понятия нормы и патологии. В Преамбуле к Уставу Всемирной организации здравоохранения дается следующее определение: «здоровье – состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов»³. Другими словами, здоровье – нормальное состояние правильно функционирующего, неповрежденного организма. Терминологический словарь патологической анатомии обозначает болезнь как патологию – «нарушение жизнедеятельности организма под влиянием чрезвычайных раздражителей внешней и внутренней среды, характеризующееся понижением приспособляемости при одновременной мобилизации защитных сил организма»⁴. Но, следует понимать, что медицина как социальный институт не только фиксирует определённое состояние организма как нормальное, но и формирует саму эту норму, активно участвуя в обсуждении классификаций болезней, стандартов медико-социальной экспертизы и т.д.

Медицинский дискурс здоровья рассматривает его как естественное состояние заданного природой организма или психики, обусловленное нормальным функционированием всех его органов и систем. Перевод организма из состояния больного в состояние

² Даль В. И. Толковый словарь живого великорусского языка: в 4 т. М.: Рус. яз., 1998. Т. 1: А-З., 1998.

³ Устав ВОЗ. Режим доступа: <https://www.who.int/ru/about/governance/constitution>.

⁴ Патологическая анатомия. Терминологический словарь: учебное пособие для студентов медицинских вузов / Под ред. зав. кафедрой общей и клинической патологии ГОУ ВПО «СамГМУ Росздрава» д.м.н., профессора Т.А. Федориной, зав. кафедрой патологической анатомии ГОУ ВПО «БГМУ Росздрава» д.м.н., профессора Т.И. Мустафина. Составители: к.м.н. Д.С. Куклин, к.м.н. И.А. Шарифгалиев, к.м.н., доцент П.А. Сухачев. Самара: ООО «Издательство АсГард», 2010. С. 24.

здорового предполагает медицинские технологии (профилактику и лечение). При этом, нормальное функционирование сопряжено с критерием эффективного функционирования. Норму и патологию фиксируют регулярные медицинские осмотры и специальные медицинские комиссии, в рамках которых понимание здоровья специалиста опирается не столько на показатели естественной физиологии и природных характеристик. Во многом данные показатели зависят от социальной организации того или иного производства или возрастного/социального/медицинского статуса (ребенок, беременная женщина, призывник, пенсионер и т.д.).

Таким образом, следует признать, что здоровье/болезнь не может рассматриваться только как биологический конструкт, но нуждается в рассмотрении в качестве социокультурного феномена. Другими словами, понятие здоровья и болезни задаются в рамках особой культурной картины мира.

Анимистическая картина мира первобытности определяет здорового человека, как обладающую душой сущность, соответственно болезнь – есть разъединение единства души и тела, тогда как выздоровление – процесс повторного одухотворения тела, возвращения в него живой души.

Во многом подобная логика сохраняется в Античности, поскольку в данной культурной традиции болезнь, по-прежнему – это процесс рассогласования единства, потеря меры; причину этого чаще всего видели в чрезмерном преобладании одного элемента системы организма над другими, в несоразмерности нарушающей стабильность и целостность работы как самого организма, так и его взаимоотношения с внешней средой. Достаточно припомнить, гуморальную теорию Гиппократов, определявшего здоровье как правильное смешение соков (или гуморов человеческого организма)⁵. В этом же смысловом поле пишет Платон: «Что касается недугов, то их

⁵ Лосев А.Ф. История античной эстетики: Итоги тысячелетнего развития. М., 1993. Кн. 2. С. 426.

происхождение, пожалуй, ясно каждому. Поскольку тело наше сплотилось из четырех родов – земли, огня, воды и воздуха, стоит одному из них оказаться в избытке или в недостатке или перейти со своего места на чужое, стоит какой-либо части (вспомнив, что как огонь, так и прочие роды являют не одну разновидность) воспринять в себя не то, что нужно, тут же, как и в случае других подобных нарушений, возникают смуты и недуги; от этих несообразных с природой событий и перемещений прохладные части тела разгорячаются, сухие – набухают влагой, легкие – тяжелеют и вообще все тело претерпевает всяческие изменения. Лишь тогда, утверждаем мы, может что-либо сохранить самотождественность и оставаться целым и невредимым, когда тождественное приближается к тождественному и удаляется от него тождественно, единообразно и в должном соотношении; но все, что нарушает это своим притоком или оттоком, становится причиной неисчислимых и многообразных перемен, недугов и пагуб»⁶.

Следуя античной традиции в эпоху Средневековья, болезнь трактовалась как рассогласование души и тела. Причем исцеления требовала в большей степени душа, подверженная болезни как вследствие индивидуального греха, так и вследствие всеобщей греховной природы человека. Именно в Средние века формируется представление о больном как пассивном объекте постороннего воздействия, беспомощной жертве, к которой и недуг и помощь приходят извне: недуг – от коварных слуг Дьявола, исцеление – от Церкви и ее посредников, в лоне которой единственно возможно спасение.

В Новое время складывается биомедицинская модель болезни, в рамках которой заболевание рассматривается как рационально описываемый и распознаваемый по конкретным признакам объект познания. Теперь в большей степени человеческое тело становится предметом медицинских манипуляций. Врач фиксирует локализацию

⁶ Платон. Тимей // Платон. Собр. Соч. в 4 т. М.: Мысль, 1994. Т. 3. С. 535.

болезни (субстрат), симптоматику (внешние проявления), патогенез (разнообразие форм болезни и изменчивость режимов протекания). Болезнь представляет собой одно из множества природных явлений, подчиненное естественнонаучным закономерностям и биологическим ритмам жизни. Болезнь существует автономно от личности человека, поскольку любой внутриличностный аспект болезни только затрудняет, «затуманивает» объективную картину ее протекания, а значит, мешает выздоровлению. Поэтому история болезни, в данном случае, это не история больного, а картография заболевания. Характеризуя болезнь как естественный жизненный факт, М. Фуко пишет: «Тот, кто внимательно наблюдает порядок, время, час, когда начинается переход лихорадки к фазам, феноменам озноба, жара, одним словом, всем свойственным ей симптомам, будет иметь столько же оснований верить, что эта болезнь составляет определенный вид, как он верит, что растение представляет один вид, ибо оно растет, цветет и погибает одним и тем же образом»⁷.

По мере складывания современной культурной картины мира, меняются представления о здоровье и болезни. На рубеже XVIII – XIX вв. европейская цивилизация сталкивается с душевными болезнями – психическими расстройствами, составившими основание психопатологии. Подобный тренд, несмотря на жесточайшие практики изоляции больного от общества, позволил говорить о болезни как субъективном опыте личности в границах собственного страдания и переживания несоответствия общественным стандартам и нормативам.

Только в рамках биопсихосоциальной модели болезни и лечения формируется подход, согласно которому, болезнь осмысляется не только как фиксируемое по внешним признакам объективное природное явление, но как особый социокультурный феномен. Болезнь перестает быть только внутренним рассогласованием и нарушением, но становится обусловленным им страданием, социальным клеймом,

⁷ Фуко М. Рождение клиники. М.: Смысл, 1998. С. 29.

диагнозом, превращающим заболевание в конкретный фиксируемый культурный и социальный факт. Социокультурный аспект болезни, связанный с определенной медицинской интерпретацией, актуализирован современной медициной через психофизические и субъективно-личностные аспекты боли, болезни, страдания.

Новая модель медицины отслеживают здоровье и болезнь не только на индивидуальном, но и на социальном уровне, поскольку, человек всегда определяет свое самочувствие, ориентируясь на определенный идеал здоровья. Данный идеал имеет религиозные, демографические, гендерные и иные детерминанты. Возможно ли говорить, что в каждом индивидуальном случае данный социокультурный аспект полностью переносится в личностный план? Это не вполне правильно, поскольку, зачастую индивид имеет свои собственные, отличные от коллективных ценностные ориентации и идеи, на основании которых формируется индивидуальная концепция здоровья. Можно наблюдать как в каждом конкретном случае проявляются противоречия между социальной нормой здоровья и индивидуальным идеалом здоровья. В любом случае здоровье – это субъективное переживание (состояние) личности, к которому она потенциально стремится и которое, позволяет ей быть частью социума, иметь определённый статусный и ролевой набор и закреплять за другими и собой, в том числе, четкие социальные ожидания. Однако, в рамках биомедицинского дискурса затруднительно дифференцировать данное состояние. Между теми смыслами, которыми пациент наделяет свои недуги, и теми интерпретациями, которые предлагает ему врач в рамках лечебной практики, часто пролегает огромная пропасть.

Изначально поворот исследовательского внимания к болезни как к субъективному опыту утвердился в контексте содержательной дифференциации понятий «болезнь» и «заболевание». Один из основоположников биопсихосоциальной модели медицины Артур Клейман предлагает различать *illness* и *disease*. *Illness* – это сфера индивидуального (или даже коллективного, если иметь в виду семью

больного) пациентского опыта, разворачивающегося в определенных социокультурных обстоятельствах, сама жизнь больного в условиях нарушения функций и ограничения возможностей. Данный опыт включает в себя классификацию и объяснение страданий самим больным, его опасения и надежды, способы самолечения, коррекцию поведения, в связи с утратой возможностей, неутешительными перспективами на будущее. Именно с жалобой как вариантом *illness* мы приходим к врачу и описываем *illness* на принятом в данной культуре языке. Задача врача – перевести *illness* на язык *disease*, то есть на язык теоретического обоснования возникших функциональных нарушений. Нужно облечь *illness* в формулировку в рамках медицинской терминологии, зафиксировав патологию.

Неслучайно один из самых известных немецких врачей, философ и идеолог реформ системы здравоохранения в Германии Клаус Дёрнер предлагает различать фигуры медика (*Mediziner*) и врача (*Arzt*). Первый – это технолог, фигура власти над болезнью как явлением природы; этот статус предполагает объективное деперсонализированное манипулирование пациентом с целью победы над болью и патологией. Медика не интересует болезнь как экзистенциальное (смысложизненное) событие, каковым она является для пациента. Второй – врач – фигура этики, он имеет дело как раз с индивидуальным больным, целостью его опыта и пространства переживаний⁸.

Результатом того, что болезнь и здоровье начинают рассматриваться не только как биологические, но и социокультурные феномены является программа медицины 4П.

В России концепция медицины 4П уже легла в основу государственной программы развития медицины. В 2018 г. Приказом Министерства здравоохранения РФ № 186 была принята «Концепция предиктивной, превентивной и персонализированной медицины»,

⁸ Дёрнер К. Хороший врач: учебник основной позиции врача. М.: Алетея, 2006. 543 с.

определяющая основные направления государственной политики России по развитию индивидуальных подходов к пациенту⁹.

Данная модель медицины включает четыре составляющих – предиктивно – превентивную, персонализированную и партисипативную медицину.

Предиктивная (предсказательная) медицина должна выявлять предрасположенности к развитию заболевания.

Персонализированная медицина предполагает адаптацию медицинских решений, практик и препаратов к нуждам конкретного пациента.

Партисипативная медицина рассматривает каждого человека как активного участника, заинтересованного в профилактике возможных заболеваний и их качественном лечении.

Основные задачи персонализированной медицины:

- обнаружение и оценка рисков развития заболевания у конкретного человека, выявление патологии на ее доклиническом этапе;
- оптимальная коррекция выявленных нарушений за счет изменения образа жизни или с помощью лекарственных средств;
- (в случае, если патологическое состояние уже развилось) подбор терапии на основе индивидуальных генетических особенностей пациента.

Персонализированное лечение подразумевает отход от уравнительного подхода к лечению и уходу за больными людьми, и выбор индивидуального, основанного на патогенетических маркерах конкретного пациента лечения. Такой подход предполагает лучшее управление заболеванием пациента и достижение лучших результатов.

⁹ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 апреля 2018 г. № 186 «Об утверждении Концепции предиктивной, превентивной и персонализированной медицины». Режим доступа: <https://base.garant.ru/71947662>.

Традиционно медицина строилась вокруг врачей, специализирующихся на определенной системе органов: кардиологи, неврологии, нефрологи, гастроэнтерологи и т.д. Персонализированная медицина переворачивает этот подход с ног на голову. Она признает, что сложные заболевания следует рассматривать как единое целое.

При каждом конкретном заболевании формируется индивидуальный молекулярный портрет патологически измененных клеток и тканей, зависящий от взаимодействия или координации разнообразных сигнальных путей. В результате формируется набор специфических биомаркеров, которые одновременно являются индикаторами патологического процесса, указывающими на наличие или отсутствие болезни, и индикаторами тактики лечения, учитывающей эффективность лечения и прогноз заболевания. В связи с этим эффективность медицины 4П выше в современной медицине.

Наименее развитое направление медицины 4П на сегодняшний день – партисипативная медицина. Данный подход предполагает, что лечение возможно только при осознанном участии самого пациента в лечебном процессе. При партисипативном подходе требуется высокая степень ответственности и самостоятельности больного, его участие в принятии решений, определении стратегии и тактики лечения. Для развития данного направления необходимо проведение просветительской работы среди работников здравоохранения и информирование населения о возможностях персонализированной медицины.

О пользе здорового образа жизни Всемирная организация здравоохранения заявляет регулярно: так, по данным ВОЗ, здоровье человека на 16 % зависит от состояния медицины в стране, и на 50 % – от образа жизни. Однако в России люди чаще всего идут к врачу лишь при наличии выраженных симптомов, а отказываться от алкоголя и курения нередко просто не хотят.

Если резюмировать, то основные отличительные черты медицины 4 П можно сформулировать в следующих тезисах:

- человек рассматривается неделимая сознающая целостность, несводимая к биологическим, психическим (психологическим) и социальным проявлениям, равно как и к их сумме;
- явления болезни и страдания рассматриваются как события, реальность которых относится к плану смыслов;
- болезнь – это прежде всего поражение «тела возможностей» человека; невозможность, по внешним или внутренним причинам, в полноте реализовывать «собственные возможности», то есть возможности быть и становиться самим собой;
- задача медицины – помощь человеку, а не в отдельности телу, душе, семье или обществу;
- медицина 4П не заменяет всю существующую медицину, но дополняет ее и очеловечивает, то есть возвращает ее на почву реальности человеческого существования.

Контрольные вопросы

1. Как понятия «здоровье» и «болезнь» связаны с понятием нормы и патологии?
2. Как понятие «здоровья» и «болезни» определяется медицинским дискурсом?
3. Какие смыслы «здоровья» и «болезни» являются значимыми для биопсихосоциальной модели?
4. Что собой представляет социокультурный аспект болезни?
5. Как в теории Артура Клеймана осмысляются понятия «болезнь» и «заболевание»?
6. Для чего немецкий философ Клаус Дёрнер предлагает различать фигуры медика (Mediziner) и врача (Arzt)?
7. Какие принципы биопсихосоциальной модели здоровья и болезни были учтены в программе государственной программы развития медицины 4П?

8. Каковы основные задачи персонализированной медицины?
9. Какие преимущества, на ваш взгляд, имеет медицина 4П?

Задания в тестовой форме

1. Понятие «здоровье» трактуется как нормальное состояние правильно функционирующего, неповрежденного организма в следующей концепции:

- а) биомедицины
- б) психологической медицины
- в) биопсихосоциальной модели
- г) культурной медицины.

2. В данной модели медицины основная задача врача локализацию болезни (субстрат), симптоматику (внешние проявления), патогенез (разнообразие форм болезни и изменчивость режимов протекания):

- а) биомедицины
- б) психологической медицины
- в) биопсихосоциальной модели
- г) культурной медицины.

3. В данной модели медицины болезнь перестает быть только нарушением патологией, но становится обусловленным им страданием, диагнозом – превращающим заболевание в конкретный фиксируемый культурный и социальный факт:

- а) биомедицины
- б) психологической медицины
- в) биопсихосоциальной модели
- г) культурной медицины.

4. В данной модели медицины особое значение для врача имеют психофизические и субъективно-личностные аспекты боли, болезни, страдания:

- а) биомедицины

- б) психологической медицины
- в) биопсихосоциальной модели
- г) культурной медицины.

5. В данной модели медицины особое значение для врача имеет не только индивидуальный, но и на социальный уровень здоровья и болезни (религиозные, демографические, гендерные и иные детерминанты):

- а) биомедицины
- б) психологической медицины
- в) биопсихосоциальной модели
- г) культурной медицины.

6. В теории К. Дернера деперсонализированное манипулирование пациентом с целью победы над болью и патологией ассоциируется с фигурой...

- а) врача
- б) медика
- в) психолога
- г) технолога.

7. В теории К. Дернера качественное взаимодействие с позиции индивидуального опыта жизни пациента, пространства его переживаний ассоциируется с фигурой...

- а) врача
- б) медика
- в) психолога
- г) технолога.

8. Атур Клейман называет индивидуальный пациентский опыт болезни, разворачивающийся в определенных социокультурных обстоятельствах понятием...

- а) illness
- б) disease
- в) Mediziner
- г) Arzt

9. Одной из составляющих медицины 4 П является...

- а) перформативность
- б) практика
- в) планирование
- г) персонализация.

Список рекомендованной литературы

1. Дернер К. Хороший врач: учебник основной позиции врача / пер. с нем. И. Я. Сапожниковой при участии Э. Л. Гушанского. – М.: Алетейа, 2006. – 543 с.

2. Лехциер. В.Л. Болезнь: опыт, нарратив, надежда. Очерк социальных и гуманитарных исследований медицины. – Вильнюс: Logvino literatūros namai, 2018. – 312 с.

3. Лехциер. В.Л. Субъективные смыслы болезни: основные методологические различия и подходы к исследованию // Социологический журнал. – 2009. – №. 4. – С. 22 – 40.

4. Линева О.И., Казакова А.В., Казаков В.Ф., Спиридонова Н.В., Шатунова Е.П. Концепция "4П" - медицины будущего: пути реализации // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2020. – № 2. – С. 43 – 47.

5. Михель Д.В. Изгнание боли: анестезия в контексте истории // Теория моды: одежда, тело, культура. – 2008. – Осень (№9). – С. 167 – 192.

6. Михель И.В. "4П-медицина" как революционный проект постгеномной медицины XXI в. // Кризис антропологических оснований современной культуры: сб. науч. тр. – Саратов-Москва, 2015. – С. 212 – 216.

7. Kleiman A. The Illness narratives. Suffering, Healing and the Human Conditions. – N.Y: Basis Books, 1988. – 269 p.

2.2. Концептуализация тела

В ходе изучения темы Вы:

- узнаете** - различные подходы к концептуализации тела и телесности в современной антропологической мысли в целом и медицинской антропологии в частности;
- поймете** - специфику исследования тела и телесности в медицинской антропологии;
- научитесь** - приемам рассуждения о теле и телесности в моделях, предлагаемых медицинской антропологией.

Представляется, что разговор о концептуализации тела в медицинской антропологии следует начать с разграничения понятий тело и телесность. Под телом, традиционно понимается физический объект или организменный субстрат. Оно лишено какой-либо субъектности, хотя и является ее основой. Как утверждал З. Фрейд, «Я» в первую очередь телесно»¹⁰. Без тела мы не существуем. Мы заявляем о себе именно присутствием нашего тела в мире и одновременно, с помощью тела отграничиваем мир от себя. Но в то же время наше тело никогда не бывает просто телом. Оно определенным образом ощущается нами, понимается, осмысливается, конструируется. Телесность – это и есть опыт осознания тела. И, на первый взгляд, кажется, что тело и наше представление о нем должны совпадать. Но это не так. В качестве доказательства нетождественности тела и телесности можно привести следующий факт. Согласитесь, что тело, будучи физическим объектом, имеет четко заданные пространственные границы. Но о телесности этого сказать мы не можем. Наоборот, она способна менять свои границы, очертания и

¹⁰ Фрейд З. Я и Оно // Фрейд З. Психология бессознательного. М.: ООО «Фирма СТД», 2006. С. 341.

масштабы. Телесность, игнорирует пространственные пределы тела, расширяя их за счет, например, протезов, украшений, фантомный ощущений. Или, наоборот, сужая, путем исключения тех или иных недоступных сознанию частей тела.

На первый взгляд, кажется, что тело и наше представление о нем должны совпадать. Но это не так. В качестве доказательства нетождественности тела и телесности можно привести следующий факт. Тело, будучи физическим объектом, имеет четко заданные пространственные границы. Но о телесности этого сказать мы не можем. Наоборот, она способна менять свои границы, очертания и масштабы. Телесность, игнорирует пространственные пределы тела, расширяя их, за счет протезов, украшений, фантомный ощущений. Или, наоборот, сужая, путем исключения тех или иных недоступных сознанию частей тела.

Разграничение тела и телесности наглядно демонстрирует нам, что, по сути, тело человека содержит в себе множество различных тел. И процесс их обнаружения предполагает наличие разных оснований. Метафорический подход позволяет, например, говорить о теле как организме, механизме, инструменте, темнице души, творении Бога и т.д. Но как бы не определялось тело, мы будем иметь дело только с его конструкцией. Тело как таковое – это скорее некий исходный материал, которому, собственно, и придается определенная форма, в который вкладывается конкретное содержание, за счет чего оно и становится тем или иным телом.

В рамках науки освоение тела опосредовано тем или иным дисциплинарным дискурсом. Каждая наука имеет дело со «своим» телом. Так для естествознания тело – это организм или биофизическая реальность, характеризующаяся физиологическими, анатомическими, биологическими и т.п. свойствами. Гуманитарные науки обращаются в своих исследованиях к культурным, социальным, религиозным, эстетическим аспектам тела. Медицинская антропология в силу присущей ей междисциплинарности пытается синтезировать

различные дискурсы тела, обнаруживая свои проблемные поля на стыке медицинской теории и практики с социогуманитарными исследованиями.

Тело в качестве предмета специального изучения в пространстве социогуманитарных наук появилось достаточно поздно. А вот интерес к нему фиксировался на протяжении всей истории человечества. Хотя, справедливости ради, надо отметить, что тенденция подчинения тела душе тоже присутствовала. На устойчивое внимание к телу указывают и разработка различных социокультурных телесных практик, и непрекращающиеся поиски телесного идеала, и многочисленные художественные воплощения тела, и разнообразные варианты его философской рефлексии. Они наглядно свидетельствуют о том, что видение тела, представления о его возможностях, предназначении, воплощениях менялось от эпохи к эпохе.

Уже в палеолите мы обнаруживаем отсылку к телесному облику человека, взятому с точки зрения его биологической составляющей. Знаменитые «палеолитические Венеры» манифестируют не личные особенности, а обобщенное видение функционала женского тела, пусть и представленного в грубо-чувственной форме. А вот за величественными изваяниями фараонов Древнего Египта скрывается другая функциональность. Тело здесь воплощает идею власти и величия. Древняя Греция предлагает нам идеал телесности, который получил свое оформление в принципе калакагатии. Калакагатия – это синтетическое соединение двух ценностных величин: физической красоты и душевного благородства. Самые выдающиеся памятники греческой скульптуры есть не что иное, как наглядное воплощение этого принципа. В Средние века тело оценивается как плоть. Плоть призраема и человеческий дух ищет способы освобождения от нее. Как следствие широкое распространение получают практики аскезы, приветствуется строжайшая телесная дисциплина, мученичество возводится в ранг нормы. В эпоху же Возрождения тело триумфально

возвращает себе утраченные позиции. Оно признается прекрасным во всех своих проявлениях.

Новое время рационализирует тело, заменяя экзистенциальную установку «Я есть тело» на гносеологическую «Я имею тело». И выдвинутое Рене Декартом утверждение, что тело человека это машина наглядно демонстрирует, что тело больше не совпадает с моим Я. Уподобление тела машине смещает акцент с его целостности в сторону анатомии его частей. Тело начинает сводиться к сумме функций, которыми можно управлять. Его базовой характеристикой становится производительность, которая берется под контроль. Такое понимание тела, по мнению Мишеля Фуко, становится основой биовласти.

Французский социолог и антрополог Марсель Мосс в своей знаменитой книге «Техники тела» убедительно доказывал, что человеческая телесность несводима к только к физиологии. По мнению Мосса, тело является первым и наиболее естественным инструментом человека, который преобразуется обществом в процессе социализации, а также служит средством освоения мира и включения в социальную жизнь. Техники тела, то есть способы, «посредством которых люди в различных обществах пользуются своим телом» не универсальны. Способы ходьбы, плавания, бросания камней; практики сна, родов, и так далее социокультурно детерминированны, они изменяются от общества к обществу, от одной социальной группы к другой.

Зависимость человеческой телесности от многочисленных факторов социального и культурного порядков сегодня уже ни у кого не вызывает сомнения. Разные аспекты этой зависимости в настоящее время находят свое отражение в таких характеристиках тела как «медикализованное тело», «социально дисциплинированное тело», «исчезающее естественное тело», «паникующее под натиском цивилизации тело».

Все вышесказанное позволяет говорить о теле как о своего рода «точке пересечения» индивидуального и социального, биологического и культурного. Данная специфика тела фиксируется в таких понятиях как чувство тела, образ тела, телесный канон, схема тела. Каждое из них схватывает тот или иной модус телесного бытия. При этом следует отметить, что сами феномены, определяемые данными понятиями, немислимы в отрыве друг от друга.

Чувство тела – это то, как мы чувствуем свое тело, так оно дано нам во «внутреннем» рефлексивном восприятии. Это, по сути, собственно, и есть «мое тело», так как оно доступно только мне.

Образ же тела – это «внешнее тело», это то, как мое тело выглядит со стороны Другого или которое я вижу глазами Другого. С образом тела мы сталкиваемся, например, когда рассматриваем себя в зеркале или на фотографии. Хоть формирование образа тела осуществляется на индивидуальном уровне, он всегда социально и культурно детерминирован. Наверно, одним из самых наглядных подтверждений этому является оценка собственного тела в координатах «красивый – некрасивый» на основании эстетического канона, существующего в конкретном обществе.

Телесный же канон – это, собственно, и есть представление о правильном, идеальном теле, которое существует в культуре. Он представляет собой нормативный модус телесного бытия, заданный этическими, эстетическими, анатомическими, социальными, религиозными и другими требованиями.

Схема тела отсылает нас в большей степени к «физиологическому базису», выступая своеобразным функционально-анатомическим эскизом. Советский и российский философ-антрополог Валерий Александрович Подорога утверждал, что схема тела обладает «четкими пространственными характеристиками, неизменными и повторяемыми, она трехмерна, имеет внутреннее и внешнее, набор конечных движений, гибкости, плотности, она иерархизована по различным анатомическим и физиологическим

функциям»¹¹. Со схемой тела мы имеем дело, например, тогда, когда ощущаем габариты своего тела. Формирование схемы тела происходит без опоры на знания анатомии. Существенная часть этого процесса осуществляется на бессознательном уровне, на основе телесного опыта, приобретенного в различных жизненных ситуациях.

Для биомедицины тело человека является главным объектом изучения, а медицинская деятельность изначально связана с воздействием на него. Более того, именно понимание тела, сложившееся в медицинском дискурсе, сегодня является доминирующим. Для прояснения специфики медицинского подхода к телу сошлемся на французского философа и социолога Бруно Латура, который, приводит следующее интересное наблюдение. Его друг нейрофизиолог Пол Черчленд всегда носил в своем бумажнике фотографию жены. И в этом в принципе не было ничего особенного, за исключением того, что вместо изображения лица жены, Черчленд хранил КТ-изображение ее мозга. Этот пример свидетельствует, по мысли Латура, о том, что а) тело может быть интерпретировано разными способами и иметь разные варианты сборки; б) именно наука, в данном случае медицина, претендует на верное толкование тела; и в) для медицины, «настоящее тело», если можно так сказать, это, прежде всего, физиологическое тело, репрезентируемое в биомедицинской диагностике. Именно оно является носителем субстанциональных первичных качеств, от которых зависят вторичные качества тела, существующие «в наших умах, фантазиях и культурных воззрениях».

Говоря о специфике медицинского «взгляда» на тело человека, нельзя не упомянуть и известное противопоставление «живого тела» (Leib) и мертвого (Körper) тела. Медицина имеет дело именно с последним. В центре ее внимания больное тело, рассмотренное как сломанный механизм. Неисправности в его работе следует обнаружить с помощью различного рода измерений (например, давления, температуры тела, анализа крови и т.д.) и «починить». «Живое тело»,

¹¹ Подорога В. А. Феноменология тела. М.: Ad Marginem, 1995. С. 21.

заданное переживаниями индивида собственной телесности, помещенное в мир повседневных взаимодействий медицину не интересуют. Игнорирование «живого» тела медициной традиционно связывают с развитием анатомо-патологического подхода, фактически сводящего к минимуму значимость самого пациента как источника информации. Вывод пациента как мыслящего существа из медицинской практики, по мнению медицинского антрополога Маргарет Лок, имеет последствием тот факт, что современные системы здравоохранения не учитывают биосоциальное разнообразие людей и не способны вести работу с локальными биологиями.

Специфика медицины в отношении тела проявляется не только в том, чем для нее «являются тела?» В последнее время интерес исследователей все больше смещается в сторону вопроса: «Как тела делаются?» А то, что тела именно создаются различными акторами (в число которых входят и медики) и из различных компонентов, отличающихся своей природой, происхождением и временем жизни не вызывает сомнения. Нидерландский этнограф и философ Аннмари Мол в своей книге «Множественное тело» наглядно показывает, что даже в рамках одного медицинского учреждения, имеют место разные сборки тела, существенно отличающиеся друг от друга. Взяв в качестве основы исследование атеросклероза нижних конечностей в одной из нидерландских больниц, автор показывает, что в разных отделениях госпиталя, на разных его этажах с помощью разных медицинских практик конструируется разный атеросклероз. Так врач, рассматривающий рентгеновские снимки, врач, сравнивающий графики с данными ангиографии и врач, знакомящийся с записанными показаниями самого пациента, имеют дело с одним и тем же случаем, но разными реалиями одного и того же тела. Причем, зачастую эти врачи работают в разных отделениях, не знают ничего о работе друг друга, и самое главное, у них имеются разные мнения по поводу заболевания и способов его лечения. Перед ними встаёт трудная задача осуществить координационную работу, позволяющую достичь

единства мнений по определению того, какой диагноз верен. Как отмечает сама Аннмари Мол, ее книга о том, как медицина вводит в действие объекты, которыми сама занимается.

Неоспоримым является тот факт, что современная медицина в настоящее время – это область инновационной активности. Каждый год появляются новые технологии, призванные решать множество задач, связанных со здоровьем человека. В то же самое время эти технологии вносят значительные коррективы в представления о нашей телесности.

В качестве примера кратко остановимся на двух инновационных направлениях – телемедицина и big data. Их развитие превратило человека из просто пациента в пациента «виртуального». И это не игра слов. Новое понятие фиксирует существенные сдвиги в понимании человека в изменившихся условиях. И тело, будучи неотъемлемой частью человека, под влиянием новых технологий приобретает новые очертания, которые проступают благодаря ответам на целый ряд вопросов:

- если тело просто пациента описывалось как органическое, то как описать тело виртуального пациента;
- позволяет ли определение тела как виртуального рассматривать его уже в качестве информационной системы, а в случае с Big Data – в качестве дробного фрагмента в общем потоке информации;
- какие принципы лежат в основе существования понимаемого таким образом виртуального тела;
- соответствуют они тем пессимистичным прогнозам, которые представлены в знаменитой работе итальянского философа Джорджо Агамбена «Нагота»: «Я существую, если Машина узнаёт или хотя бы видит меня; я живу, если Машина, которая не знает ни сна, ни бодрствования, но которая вечно бдит, гарантирует мне жизнь; меня

не забыли, если в Великой памяти сохранены мои численные и цифровые параметры»¹².

Перечень вопросов может быть продолжен и следует констатировать тот факт, что к настоящему времени он значительно шире, чем перечень ответов.

Развитие бионических технологий в протезировании также вносит существенные изменения в наши представления о теле меняя, делая проницаемыми границы между естественным и искусственным, телесным и техническим. Бионические технологии порождают ситуацию гибридности человека, путем соединения его тела с машиной. И в этой связи вполне закономерным выглядит тот факт, что в большинстве научно-популярных и информационных материалах, посвященных бионическим протезам, присутствует слово «киборг». Именно так называется человек, предпринявший над собой подобные изменения. Данная телесная трансформация порождает множество вопросов, связанных, например с уже описанными нами выше понятиями чувства, схемы, образа тела.

Из вышесказанного следует вопрос: «Так ли совершенно человеческое тело, как казалось раньше?» Может быть, оно требует апгрейда. И речь в данном случае идет не о замене, например, утраченной конечности на бионический протез, а о модификации биологии и физиологии человека с помощью различных технических устройств, способных значительно расширить диапазон его функциональных возможностей. Так, например, Нил Харбиссон, британский художник, имплантировал в мозг антенну. Он родился с ахроматопсией, и антенна позволяет ему распознавать цвета по специальным звуковым сигналам. Новое устройство, по словам Харбиссона, «стало частью моего тела, продолжением моих чувств, частью моего облика». Примечательно, что Нил Харбиссон вместе с Мун Риббас, вживившей себе датчик, который улавливает сейсмическую активность, являются основателями некоммерческой

¹² Агабмен Дж. Нагота. М.: ООО Изд-во Грюндриссе, 2014. С. 88.

организации Cyborg (сайборг) Foundation. Цель организации – защита интересов киборгов.

И Нил Харбиссон, и Мун Риббас, исходя из трансгуманистической терминологии, могут быть определены как «некто, активно готовящийся стать постчеловеком». Постчеловек в отличие от человека будет уже полностью гибридно-сборным конструктом, биотехническим феноменом. Представители трансгуманизма, утверждающие постчеловека в качестве будущего человека говорят не только о его необходимости и преимуществах, они проектируют и эстетизируют его внешний облик. Наиболее известной работой биоарта и трансгуманистического дизайна является проект «Primo Posthuman» трансгуманиста и медиа-художника Наташи Вита-Мор. Primo Posthuman – это прототип нового, «заходящего вперед» тела или оболочки (аватара) постчеловека. В нем показаны, хотя и воображаемые, но потенциально возможные технологические усовершенствования. Вита-Мор предполагает, что в будущем должно появиться множество таких дизайнерских тел. Их можно будет покупать, менять, модернизировать и т.п.

Философ и культуролог Михаил Эпштейн, рассуждая о перспективах человеческого тела в связи с развитием новейших научных теорий и технических и медицинских инноваций, прогнозирует, что «возможно, через два-три поколения разумные существа, изуродованные нейроудлиннителями и искусственными биопротезами, полностью отдадут тело на откуп медикам, биореставраторам, видеотехнологам, программистам...»¹³. И не смотря на то, что интерес к телу будет и дальше расти и подогреваться, оно все больше будет вытисняться в историю человеческого рода, в биологическое прошлое эволюции.

¹³ Эпштейн М. Н. Философия тела / М. Н. Эпштейн. Тело свободы / Г. Л. Тульчинский. СПб.: Алетейя, 2006. С. 12.

Контрольные вопросы

1. Проведите различие между понятиями «тело» и «телесность».
2. Приведите примеры нетождественности тела и телесности.
3. Как Вы считаете, наука имеет дело с телом или телесностью?
4. Какова специфика медицинской антропологии в исследовании тела и телесности?
5. Как Вы считаете, почему понимание тела отменялось от эпохи к эпохе?
6. Почему человеческую телесность нельзя свести, согласно Моссу только к физиологии? Приведите примеры социокультурной обусловленности «техник тела».
7. В чем отличие чувства тела от образа тела?
8. Как связаны между собой образ тела и телесный канон?
9. Что такое «схема тела»? На основе чего она формируется?
10. С Вашей точки зрения, почему понимание тела, сложившееся в медицине, является доминирующим?
11. В чем отличие «живого тела» (Leib) от мертвого (Körper) тела?
12. Почему медицина игнорирует «живое тело» (Leib)?
13. Что дает основание утверждать, что для медицины имеет дело с мертвым (Körper) телом?
14. Как в медицинских учреждениях согласно теории Аннмари Молл происходит «сборка тела»? Почему имеют место разные «сборки тела»?
15. Что такое «виртуальное» тело пациента? Совпадает ли оно с органическим телом?
16. Как Вы считаете, справедливо ли говорить о кибернизации человека в связи с развитием бионических технологий?
17. По Вашему мнению, требуются ли человеческому телу улучшения? Какие плюсы и какие минусы Вы видите в этом процессе?

18. Согласны ли Вы с мнением М. Эпштейна о будущем человечества?

Задания в тестовой форме

1. Науки, для которых характерно рассмотрение тела как организма или биофизической реальности, характеризующейся физиологическими, анатомическими, биологическими и т.п. свойствами:

- а) естественные науки
- б) гуманитарные науки
- в) медицинская антропология
- г) все перечисленные выше.

2. Телесность – это:

- а) представление о правильном, идеальном теле, которое существует в культуре
- б) организменный субстрат
- в) опыт осознания тела
- г) функционально-анатомический эскиз тела.

3. Верно ли высказывание: «видение тела, представления о его возможностях, предназначения, воплощениях менялось от эпохи к эпохе»?

- а) да
- б) нет.

4. Эпоха, в которой идеал телесности получил свое оформление в принципе калакагатии – это:

- а) Древний Египет
- б) Древняя Греция
- в) Средние века
- г) Новое время.

5. Представление о том, что тело можно свести к сумме функций, которыми следует управлять, характерно для:

- а) Древнего Египта
- б) Древней Греции
- в) Средних веков
- г) Нового времени.

6. Исследователь, автор книги «Техники тела»:

- а) М. Фуко
- б) М. Мосс
- в) А. Мол
- г) Н. Вита-Мор.

7. По мнению М. Мосса, «техники тела»:

- а) универсальны
- б) социокультурно обусловлены
- в) индивидуальны
- г) predetermined.

8. Установите соответствие между понятием и определением.

Понятие	Определение
1. Образ тела	а) представление о правильном, идеальном теле, которое существует в культуре
2. Схема тела	б) тело со стороны Другого
3. Канон тела	в) тело, данное во «внутреннем» рефлексивном восприятии
4. Чувство тела	г) своеобразный функционально-анатомический эскиз тела

9. Схема тела – это:

- а) представление о правильном, идеальном теле, которое существует в культуре
- б) тело со стороны Другого
- в) тело, данное во «внутреннем» рефлексивном восприятии
- г) своеобразный функционально-анатомический эскиз тела.

10. Чувство тела – это:

а) представление о правильном, идеальном теле, которое существует в культуре

б) тело со стороны Другого

в) тело, данное во «внутреннем» рефлексивном восприятии

г) своеобразный функционально-анатомический эскиз тела.

11. Исследователь, автор книги «Множественное тело»:

а) М. Фуко

б) М. Мосс

в) А. Мол

г) Н. Вита-Мор.

12. Точка зрения, согласно которой в ходе медицинских практик осуществляются разные сборки тела, принадлежит:

а) М. Фуко

б) М. Мосс

в) А. Мол

г) Н. Вита-Мор.

13. Движение, утверждающие постчеловека в качестве будущего человека – это....

14. Понятие, отражающее гибридность человека, возникающую благодаря соединению его тела с машиной – это ...

15. Трансгуманизм в качестве будущего человека утверждает следующее его воплощение:

а) постчеловек

б) сверхчеловек

в) недочеловек

г) человек-машина.

Список рекомендованной литературы

1. История тела / Под ред. А. Корбен, Ж.-Ж. Куртин, Ж. Вигарелло. В 3 тт. – М. Новое литературное обозрение, 2012 – 2016.

2. Мол А. Множественное тело: Онтология в медицинской практике. – Пермь: Гиле Пресс, 2017. – 254 с.
3. Мосс М. Техники тела // Общества. Обмен. Личность. Труды по социальной антропологии. – М., 1996. – С. 242 – 263.
4. Подорога В. Феноменология тела. – М.: Ad Marginem, 1995. – 341 с.
5. Попова О. В. Тело как территория технологий. От социальной инженерии к этике биотехнологического конструирования. – М.: Канон-Плюс, 2021. – 352 с.
6. Психология телесности. Между душой и телом. – М.: АСТ, 2005. – 736 с.
7. Технологии и телесность / Отв. ред. С.В. Соколовский. – М.: ИЭА РАН, 2018. – 452 с.
8. Фрай Т. Дефутурация: новая философия дизайна. – М.: Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2023. – 488 с.
9. Эпштейн М. Философия тела. / Тульчинский Григорий. Тело свободы. – СПб.: Алетейя, 2006. – 432 с.
10. Leder Drew. The Distressed Body: Rethinking Illness, Imprisonment, and Healing. – Chicago, 2016. – 304 p.

2.3. Гендерные аспекты медицины

В ходе изучения темы Вы:

- | | |
|------------------|--|
| узнаете | - различия между понятиями «гендер» и «биологический пол», |
| | - гендерные факторы, влияющие на здоровье населения; |
| поймете | - почему знаний только о естественно-научных аспектах болезни и здоровья недостаточно для эффективной медицинской практики, |
| | - необходимость дополнения естественно-научных аспектов болезни и здоровья гендерными для осуществления эффективной медицинской практики, |
| | - зависимость между гендерными моделями поведения и рисками, связанными со здоровьем; |
| научитесь | - анализировать гендерные аспекты болезни, исследовать их взаимодействие с социальными, экономическими и коммерческими факторами, влияющими на здоровье. |

На сегодняшний день в мировой медицинской практике при оказании медицинских услуг, создании новых разработок и исследовании причин и последствий заболеваний все чаще принимают во внимание такие факторы, как биологический пол и гендер. ВОЗ следующим образом разводит эти понятия: пол относится к набору биологических признаков у людей и животных. Пол в основном связан с физическими и физиологическими особенностями, включая хромосомы, уровень и функцию гормонов, а также репродуктивную и половую анатомию. Гендерная идентичность является социальным конструктом, относится к глубоко прочувствованному, внутреннему и индивидуальному переживанию человеком пола, которое может

соответствовать или не соответствовать физиологии человека или назначенному полу при рождении.

Если рассматривать медицину, как социальный институт, то можно увидеть гендерную стратификацию среди врачей и специфику отношений между представителями разных полов. Так, женщины-врачи считают, что им труднее, чем мужчинам-врачам овладевать врачебной профессией из-за полифункциональности своей социальной роли (забота о семье лежит, чаще всего, на плечах женщин).

Согласно статистике, в России и европейских странах в медицинской сфере работает больше женщин, чем мужчин, при этом чаще всего именно мужчины занимают руководящие посты, а женщины заняты в непосредственной практической работе с больными. Согласно социологическим исследованиям, такое положение дел объясняется в самой медицинской среде тем, что это оптимально с той точки зрения, что женщины-врачи лучше понимают пациентов и способны сопереживать им в большей степени, чем мужчины.

Гендерная специфика отношений в среде медицинского персонала описывается в социологических исследованиях, проведенных в Канаде и России. Они свидетельствуют о том, что деловые взаимоотношения с мужчиной-врачом и администратором у женщины-медсестры складываются эффективнее (т.е., женщины-медсестры охотнее подчиняются начальнику мужского пола, чем женского). Когда медсестры и врачи являются женщинами, традиционные дисбалансы власти в их отношениях уменьшаются, женщины-медсестры обращаются к женщинам-врачам на более эгалитарной основе.

Если мы рассмотрим медицину, как область научного знания, то и здесь увидим роль полового и гендерного факторов. ВОЗ в Гендерном руководстве говорит о том, что пол и гендер взаимодействуют сложным образом, влияя на здоровье. До начала XXI в. биологическая разница между мужчинами и женщинами являлась объектом изучения

в сфере репродуктивного здоровья и гигиены. За пределами ниши женской репродуктивной медицины мужское тело было универсальной моделью для изучения анатомии. Так, в клинических испытаниях в основном участвовали мужчины, и результаты стали доказательной базой для диагностики и лечения обоих полов. Дозировки лекарств, как правило, корректировались в зависимости от роста пациента, а женщины считались просто «маленькими мужчинами».

Однако, исследования показывают, что биологический пол и гендер могут стать факторами объяснения некоторых различий в возникновении, протекании и исходе одних и тех же заболеваний у мужчин и женщин. Например, разница в биологическом поле может влиять на риск заболевания, его прогрессирование и исход через генетические (например, функция X и Y-хромосомы), клеточные и физиологические факторы. Кроме того, учет биологического пола будущего пациента становится важным при разработке новых лекарств. Гендер сказывается на разнице в подверженности факторам риска и уязвимости.

Рассмотрим разницу в протекании болезни у мужчин и женщин на примере сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), которую выявили эксперты Европейского общества атеросклероза. Согласно их исследованиям:

- на женщин, имеющих ССЗ, диабет оказывает более негативное действие, чем на мужчин с теми же проблемами со здоровьем;
- факторы, повышающие риск ССЗ, такие как хроническое заболевание почек или аутоиммунные воспалительные заболевания, чаще встречаются у женщин, чем у мужчин;
- у женщин в течении жизни изменяется липидный профиль;
- разница в биологическом поле влияет на гормональные и хромосомные эффекты, влияющие на прогрессирование атеросклеротических ССЗ;

– женщины с необструктивной ишемической болезнью сердца могут иметь значительные атеросклеротические бляшки.

Также исследование указывает, что ССЗ заболевания у женщин могут протекать с иными симптомами по сравнению с мужчинами, особенно с учетом более распространенного микроваскулярного поражения, но также указывают, что женщины получают менее качественное лечение, и реже, чем мужчины достигают целевых значений липопротеинов низкой плотности.

На основе проведенного исследования авторы дают ряд рекомендаций:

– у женщин с раннего возраста нужно регулярно оценивать состояние сердечно-сосудистой системы, принимая во внимание, как традиционные, так и специфичные для пола факторы риска;

– у женщин с семейной гиперлипидемией следует свести к минимуму перерывы в терапии статинами из-за беременности и грудного вскармливания;

– женщины с неабструктивными коронарными бляшками должны получать максимально возможное (агрессивное) лечение факторов риска.

Кроме того, авторы указывают, что необходимы дальнейшие исследования, чтобы понять, как половые гормоны и хромосомы влияют на патогенез атеросклероза.

Приведем другой пример. Наличие ACE2 в яичках и тестикулярных сосудах указывает на бóльшую восприимчивость к COVID-19 у мужчин. Гендерных, возрастных или расовых различий в концентрации ACE2 в тканях организма человека не выявлено, тем не менее риск смертности повышается для мужчин по сравнению с женщинами и для пожилых людей относительно более молодого поколения. Это связано с возрастными и функциональными особенностями механизмов врожденного и адаптивного иммунитета, способностью SARS-CoV-2 вызывать цитокиновый шторм, который приводит к иммунопатологическим нарушениям у пациентов с

коронавирусной инфекцией. Различное количество клеток иммунной системы в легочной ткани способно по-разному противостоять инфекции и аутоповреждению. Установлено, что у женщин и у людей молодого возраста (рассматривались две возрастные группы до и после 49 лет) те клетки легочной ткани, которые экспрессировали ACE2 в большем количестве, легче инфицировались вирусом SARS-CoV, при этом клеток иммунной системы в данном случае обнаруживалось меньше, чем в аналогичных тканях со средней экспрессией ACE2. Для пожилых лиц и лиц мужского пола характерна обратная зависимость – при высокой экспрессии ACE2 наблюдается рост числа иммунных клеток в легочной ткани. Это означает, что при инфицировании SARS-CoV и SARS-CoV-2 у этих людей с большей вероятностью будут наблюдаться аутоагрессия и цитокиновый шторм, что существенно отягощает течение болезни.

Говоря о COVID-19, врачи выделяют и гендерный фактор. Данные показывают, что повышенный риск заражения у мужчин также связан с более низким уровнем мытья рук, более высоким уровнем курения и злоупотребления алкоголем и, в связи с этим, сопутствующими заболеваниями, приводящими к более тяжелым симптомам COVID-19 по сравнению с женщинами.

Гендерный фактор играет важную роль в возникновении и протекании депрессии, тревоги и соматических жалоб. В посвященных им исследованиях почти всегда сообщается, что депрессия встречается в два раза чаще у женщин по сравнению с мужчинами в различных обществах и социальных контекстах, что можно связать с особенностями биологического пола. Однако гендерные стереотипы приводят к тому, что менее половины пациентов с депрессивным расстройством с большой вероятностью будут неправильно диагностированы своими врачами. Гендерные различия в моделях обращения за помощью и гендерные стереотипы в диагностике усугубляют трудности с идентификацией и лечением. Статистические исследования, проведенные в европейских странах, показывают, что

пациентам женского пола чаще назначают психотропные препараты, чем пациентам мужского. Даже при наличии идентичных симптомов женщины с большей вероятностью будут диагностированы как депрессивные, а мужчины – как имеющие проблемы с алкоголем. Другой гендерный аспект в отношении депрессии заключается в более высокой подверженности женщин такому фактору риска, как сексуальное насилие в детстве или физическое насилие со стороны партнера во взрослой жизни.

Проблема самоубийств также имеет гендерный аспект. Исследование, проведенное в Австралии, показало, что среди мужского населения уровень самоубийств выше, чем среди женского. Одна из причин, заключается в том, что мужчины реже, чем женщины, обращаются за помощью, так как такое поведение противоречит идеалам маскулинности.

Гендерные различия проявляются и в самооценке здоровья мужчинами и женщинами. Эта субъективная глобальная оценка состояния здоровья самим человеком состоит из одноэлементной меры с пятиуровневым вариантом ответов по порядковой шкале. Самооценка здоровья – многомерная концепция, которая включает, помимо оценки физических аспектов, степень, в которой участники действуют (функциональное измерение), степень, в которой они адаптированы, или их отношение к существующему заболеванию (измерение выживания), а также то, как они себя чувствуют (измерение благосостояния). Исследование показывает, что мужчины чаще, чем женщины, определяют свое здоровье как «очень хорошее» (7,6 и 3,7 %) и «хорошее» (38,9 и 31,2 %) и соответственно женщины чаще оценивают его как «плохое» (13,1 и 9,0 %) и «очень плохое» (1,9 и 1,2 %). При определении здоровья как «удовлетворительное» разница в ответах мужчин и женщин минимизируется (48,0 и 49,8 % соответственно), а при затруднении с ответом и те и другие демонстрируют полное единодушие (0,3 %).

Как видно, во всех приведенных примерах различия, маркированные как гендерные, связываются с укорененными в культуре нормами поведения и стереотипами восприятия людей разных полов. Именно с этим ВОЗ связывает важность учета гендера в медицинской практике. То, что мы потребляем, то, как мы себя ведем и какими возможностями обладаем, зависит от нашей гендерной идентичности.

Отдельно можно выделить так называемые «вредные» гендерные нормы. Маскулинный образ в европейской культуре часто включает в себя не только установку, что мужчина должен терпеть, не жаловаться, но и как норму курение, употребление алкогольных напитков, большое количество сексуальных связей, рискованный образ жизни. Например, в Шотландии и России соотношение страдающих от алкоголизма мужчин и женщин 2:1. В то же время в мусульманских странах такой проблемы, как алкоголизм ни среди мужчин, ни среди женщин нет, что указывает на зависимость идеалов маскулинности от культурного контекста.

Если специфика биологического пола не меняется, то гендерные нормы показывают со временем динамику, как в лучшее, так и в худшую стороны. К примеру, курение в европейской культуре изначально было мужским занятием. Со временем этот гендерный образец поведения был перенят женщинами, однако среди них процент курящих традиционно ниже, чем среди мужчин. Социологическое исследование, направленное на изучение динамики распространенности курения среди российской молодежи на протяжении первых двух десятилетий XXI в., указывает на то, что курение продолжает преобладать в мужской группе, но в обеих группах количество курящих уменьшается. Так, за 10-летний период к 2010 – 2011 гг. число куривших подростков существенно сократилось среди мальчиков до 24,7 из 100, а среди девочек – до 22,1 из 100 подростков соответствующего пола и возраста. В целом число куривших мальчиков сократилось на 37 %, а девочек – на 20 %. В 2019 – 2020 гг.

уровень распространенности табакокурения «упал» среди мальчиков почти в 3 раза, а среди девочек – в 2,5 раза и составил 9,2 из 100 мальчиков и 8,6 из 100 девочек-подростков.

Можно привести и пример «вредной» феминности, которая представлена в современной медиа среде. Различные информационные ресурсы культивируют строгие параметры женского тела, считающимися приемлемыми. Поэтому анорексия – это преимущественно женское заболевание, возникающее в результате гендерного давления, оказываемого на женщину современной культурой. А значит, только медицинской модели недостаточна для рассуждений об анорексии. Другой пример «вредных» установок – негативный образ менопаузы в европейской культуре. Было отмечено, что женщины в разных странах испытывают симптомы менопаузы по-разному. В Китае распространенность приливов относительно низкая, примерно от 20 % до 30 %. Хотя биологические различия, безусловно, могут играть определенную роль, есть предположения, что культурные различия формируют этот опыт. Было выявлено, что женщины в Китае положительно относятся к старению, они полагают, что это сигнализирует о времени мудрости и зрелости. Напротив, на Западе менопауза ассоциируется с потерей женственности, красоты и сексуальности. Такое негативное культурное отношение может провоцировать повышенную тяжесть приливов у женщин западных стран.

В заключении можно отметить, что в рамках гендерного подхода развивается феминистическая концепция здоровья, которая в целом не противоречит тому, что можно назвать «гуманистической концепцией здоровья», однако, в ее основу кладутся гендерные различия, а ее сторонники приходят к отрицанию биологического пола, заменяя его некоей абстрактной «социальностью». Все же более конвенциональная позиция внутри медицинского сообщества состоит в том, что в основу концепции здоровья должно быть положено признание единства

человеческой природы, а ее конкретизация может быть выражена в гендерных подходах.

Контрольные вопросы

1. Какие гендерные фактор повышают риск заражения COVID-19 у мужчин?
2. Как, с точки зрения гендерного подхода в исследованиях, объясняется тот факт, что при депрессивных расстройствах пациентам женского пола чаще назначают психотропные препараты, чем пациентам мужского?
3. Как ВОЗ обосновывает важность учета гендера в медицинской практике?
4. Что такое «вредные» гендерные нормы?
5. Приведите примеры вредной феминности.
6. Приведите примеры вредной маскулинности.
7. В чем недостаток феминистической концепции здоровья?
8. Какой подход к здоровью считается наиболее правильным на сегодняшний день?
9. Чем вы можете объяснить тенденцию на спад количества курящих среди подростков как мужского, так и женского пола?
10. Какие средства профилактики анорексии в среде девушек-подростков вы можете предложить с учетом гендерного подхода?

Задания в тестовой форме

1. Верно ли данное высказывание: существуют половые различия в патофизиологических механизмах развития заболеваний?
 - а) да
 - б) нет.
2. Полифункциональность социальной роли женщин в обществе заключается в:

- а) возможности выполнять как социальные (работать), так и биологические (рожать детей) функции
- б) способности совмещать работу в нескольких местах
- в) обязанностях из разных сфер жизни (рабочая, семейная), которые лежат на женщине
- г) способности выполнять в обществе как мужские, так и женские социальные роли.

3. Верно ли данное высказывание: гендерные факторы способны влиять на развитие и протекание заболеваний?

- а) да
- б) нет.

4. Согласно определению ВОЗ, разница между биологическими полами определяется:

- а) социальным конструктом, который позиционирует человека как представителя того или иного пола
- б) физиологическими показателями такими, как гормоны, репродуктивная и половая системы
- в) образом жизни, который складывается в соответствии с биологическими особенностями строения и функционирования организма
- г) физиологическими показателями такими, как продолжительность жизни, необходимый минимальный объем потребляемых калорий, вес.

5. Верно ли данное высказывание: «Гендерная идентичность определяется биологическим полом»?

- а) да
- б) нет.

6. Гендерная идентичность является:

- а) социальным конструктом, который обязательно соответствует физиологии человека

б) физиологической характеристикой человека, которая, по желанию человека, может быть изменены с помощью медицинских манипуляций

в) физиологической характеристикой человека, которая получает социальные коннотации

г) социальным конструктом, который может не соответствовать физиологии человека.

7. Какие из перечисленных факторов определяют собой гендерные различия:

а) физиологическое различие людей разных полов

б) образ жизни, который привел к возникновению проблем со здоровьем

в) укорененные в культуре нормы поведения людей разных полов

г) укорененные в культуре стереотипы восприятия людей разных полов.

8. Статистика показывает, что ССЗ заболевания у женщин:

а) могут протекать с иными симптомами по сравнению с мужчинами

б) имеют идентичные с мужчинами симптомы

в) могут быть диагностированы и вылечены на основе рекомендаций для мужчин, так как женщина – это «маленький мужчина».

9. Исследование, проведенное в Австралии, показало, что число самоубийств среди мужчин выше, чем среди женщин из-за того, что:

а) их материальное положение хуже, чем у женщин

б) они чаще ведут одинокий образ жизни

в) среди них выше процент алкоголизма

г) идеалы маскулинности учат мужчин не просить помощь.

10. Согласно исследованиям самооценки здоровья в гендерном аспекте, разница между мужчинами и женщина проявляется:

а) незначительно

- б) мужчины чаще, чем женщины оценивают свое здоровье как «хорошее» и «очень хорошее»;
- в) женщины чаще, чем мужчины оценивают свое здоровье как «хорошее» и «очень хорошее»;
- г) зависит не от гендерного фактора, а от возрастного.

Список рекомендованной литературы

1. Григорьева Н.С., Чубарова Т.В. Гендерные развилки здоровья и здравоохранения в России // Женщина в российском обществе. – 2019. – № 3. – С. 55-71.
2. Скворцова Е.С., Лушкина Н.П. Основные тенденции табакокурения среди российских подростков за 20 лет XXI века // Вестник современной клинической медицины. – 2022. – Том 15. – Вып. 1. – С. 76-87.
3. Шатунова П.О., Быков А.С., Свитич О.А., Зверев В.В. Ангиотензинпревращающий фермент 2. Подходы к патогенетической терапии COVID-19 // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. – 2020. – № 97 (4). – С. 339-345.
4. Gender and Health // WHO. – URL: https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab_1.
5. Morais R., Bernardes S.F., Verdonk P. What is gender awareness in health? A scoping review of the concept, its operationalization, and its relation to health outcomes // Women & Health. – 2022. – № 62 (4). Pp. 1-24.

2.4. Субъектность пациента в контексте современной медицины

В ходе изучения темы Вы:

- узнаете** - о феномене субъектности пациента и значении данного феномена для современной медицинской культуры;
- поймете** - роль и значение нарративов в лечении пациентов;
- научитесь** - учитывать личностные особенности пациента в процессе работы с ним.

Определение содержания понятия «субъектность» представляет одну из главных проблем современного гуманитарного и естественнонаучного знания. Начнем с того, что термин «субъектность» вошел в научный обиход достаточно поздно, в 70-х – 80-х гг. XX века. Тогда в советской и англо-саксонской психологии, в рамках деятельностного подхода, сформировалось представление о субъектности, как о способности индивида совершать действия, не полностью детерминированные условиями его окружения. В трактовке известного современного британского социального психолога Роя Харре: «Человек является совершенным субъектом по отношению к определённой категории действий, если и тенденция действовать, и тенденция воздерживаться от действия в его власти»¹⁴. Здесь в качестве важнейшего свойства субъектности выступает самодетерминация. Предполагается, что субъект не только совершает выбор по отношению к совершаемому действию, но и переживает осуществление своего выбора, контролируя собственное поведение. Важнейшими характеристиками самодетерминации являются свобода выбора и ответственность за совершаемое действие. Осознанное бездействие не освобождает от ответственности.

¹⁴ Harre R. Social being. Oxford: Blackvell, 1979. P. 190.

Американские психологи Ричард М. Райан и Эдвард Л. Деси включают самодетерминацию в число трех базовых психологических потребностей, наряду с компетентностью (ощущение эффективности индивидуальных действий) и социальной идентичностью (ощущение принадлежности к социальной группе).

В целом, деятельностный подход позволяет разграничить содержание понятий «субъектность» и «субъективность». В самом общем виде под субъективностью понимается совокупность представлений индивида об окружающем мире и определение своего места в картине мира на основании выработанной системы ценностей. Отметим, что возможность установления причинно-следственных связей между событиями не следует считать достаточным основанием для возникновения субъективности. Многие животные демонстрируют выдающиеся когнитивные способности при решении конкретных технических задач в тех случаях, когда инстинкт не находит этого решения. Однако именно абстрагирование от конкретики и попытка выйти за пределы чувственного опыта (трансцендирование) отличает человека от других животных позволяя выступать ему в роли субъекта. Таким образом, субъективность выступает в качестве общего принципа бытия человека, а субъектность в качестве деятельно-преобразующего способа реализации смысла человеческого существования.

Перейдем к проблеме оценки отношений врача и пациента в античную эпоху с позиции определения границ, устанавливаемых для субъектности пациента.

Специфика античной медицины была связана, в первую очередь, с особенностями полисной системы, а также со своеобразным отношением к научному знанию, сложившимся в греческом обществе в VI – IV вв. до н.э. В этот период выдающиеся деятели греческой культуры – Пифагор, Парменид, Демокрит, Гиппократ, Геродот, Фукидид, Сократ, Платон, Аристотель – заложили теоретический и практический фундамент истории, философии и медицины. При этом

никакой четкой демаркационной линии между этими тремя областями научного интереса не проводилось. Мифологический способ освоения мира также не подвергался открытой критике. В качестве основной цели всех видов культурной деятельности выступало воспитание личности, способной достойно исполнять свой гражданский долг. Воспитательно-образовательная модель, направленная на достижение этой цели, получила название «пайдейя». В рамках пайдейи физическая и моральная стороны личности не рассматривались отдельно друг от друга. Здоровье понималось как гармоничное сочетание физических и нравственных элементов, составляющих сущность личности, а болезнь трактовалась как их дисбаланс.

Исходя из этого, все болезни разделялись на случайные, никак не связанные с образом жизни пациента и закономерные, вызванные отходом от пайдейи. К первой категории относились травмы, ко второй любые недуги, проявившиеся без явного воздействия внешнего раздражителя.

Наиболее влиятельной медицинской школой Греции в указанный период являлась гиппократовская школа. Деонтологические положения, выдвигаемые Гиппократом, сводились к следующим пунктам:

- лечение должно быть направлено, в первую очередь, не на болезнь, а на личность больного;
- профессиональные качества врача неотделимы от его личных достоинств, а также от доверительных отношений врача и пациента;
- врач должен выполнять роль компетентного наставника, в то время как субъектность пациента строго ограничивается ученическими рамками. Пациент обязан доверять врачу, который мотивирует больного совершенствоваться в физико-нравственном плане и, тем самым, способствует излечению.

Поздняя Античность III – IV вв. н.э. была отмечена затяжным экономическим, политическим и социальным кризисом Римской

империи, повлиявшим на медицину самым серьезным образом. Телесность, как фундаментальное свойство личности, постепенно дискредитировалась во влиятельных учениях стоиков и неоплатоников. Деятельность врачей лишалась нравственных оснований и соотносилась с ремеслом, целью которого становился исключительно заработок. Парадоксальным образом ремесло в неоплатонической традиции соединялось с магией при игнорировании субъективности и субъектности пациента. Лечение болезни связывалось не столько с исправлением физико-нравственных характеристик больного, сколько с заклятием добрых и злых духов, иногда посредством жертвоприношений. Большая часть медицинской практики обрела черты языческого магического культа.

Раннее христианство не отказывалось от признания ответственности врача и больного за совершаемые ими действия. Значительное место в христианстве заняла концепция страдания. Если представители поздней языческой греко-римской культуры воспринимали страдание отрицательно, трактуя его как гнев богов, то христианские врачи видели в страдании средство искупления грехов. Облегчение страданий требовало от врачей и пациентов видеть друг в друге личностное начало, отождествляемое с бессмертной душой. Утешение пациента в раннехристианской медицине было обосновано онтологически, поскольку такая процедура могла способствовать появлению раскаяния в совершенных грехах. При этом медицинская помощь, оказываемая раннехристианскими медицинскими учреждениями, носила, преимущественно, паллиативный характер.

В эпоху классического Средневековья (XI – XIV вв.) основы медицины стали изучаться на медицинских факультетах университетов. Теоретическим фундаментом университетской западноевропейской медицины послужили труды античных и мусульманских врачей (Галена, Гиппократ, Ибн Сины) с комментариями отцов церкви. Как правило, комментарии сводились к тому, чтобы ограничить экспериментальную часть. До окончания

курса обучения студенты, заучивавшие наизусть одобренные католической церковью тексты, вовсе не имели медицинской практики.

Беседа ободряющего или утешающего характера, осмотр мочи, прощупывание пульса, перечисление симптомов на латинском языке и высокие гонорары являлись неотъемлемыми атрибутами деятельности западноевропейских средневековых врачей.

Учитывая вышесказанное можно прийти к выводу, что античная и христианская медицина ориентировались на патерналистскую модель взаимодействия врача и пациента. Пациент мог осуществлять выбор способов лечения, только если этот выбор ему предоставлял врач и лишь в тех рамках, которые врачом устанавливались. В свою очередь сам врач обязан был учитывать личностные особенности пациента, ориентируясь на этические принципы милосердия и справедливости.

Раннее Новое время (первая пол. XVII в.) отмечено появлением рационалистической философии Рене Декарта, в рамках которой Бог рассматривался в качестве высшей субстанции, непознаваемой в рамках научной методологии, а тело («я существую») и душа («я мыслю») в качестве познаваемых наукой, но не сводимых друг к другу субстанций. Согласно Декарту, тело следует воспринимать с механистических позиций. Физический недуг необходимо трактовать как выведение из строя некоторых органов, подлежащих починке.

Последовательное развитие механицизма привело в XVIII в. к появлению антропологической концепции Жюльена Оффре де Ламетри. В своей главной работе с характерным названием «Человек-машина», Ламетри предлагает рассматривать человека, по аналогии с часами, как самозаводящийся механизм.

Рационализация и механизация науки отразились и на медицине. С середины XVII в. до середины XIX в. патернализм постепенно отходит на второй план, в то время как господствующие позиции завоевывает инженерная модель взаимоотношений врача и больного.

Предполагается, что личностные особенности пациента и абстрактная мораль никак не связаны с болезнью и здоровьем его тела. Если больной сам не имеет отношения к сфере медицины, его мнение не учитывается. Врач, в свою очередь, подобно инженеру, исправляет неполадки в организме пациента. Субъектность больного сводится к тому, что ему в большинстве случаев предоставляется выбор – начинать лечение, или отказаться от него. Однако дисциплинарная практика принудительного лечения делает данный выбор, в ряде случаев, невозможным.

На рубеже XIX – XX вв., с появлением психоанализа, а затем культурно-психологической теории и нейропсихологии влияние инженерной модели взаимоотношений врача и пациента сокращается.

Зигмунд Фрейд, исходящий из предположения, что большая часть психических заболеваний не может быть интерпретирована в терминах физикалистского механицизма, поскольку у пациента отсутствуют видимые физические повреждения органов, возродил интерес к патерналистской модели.

Советская школа психологии Льва Выготского и Александра Лурии ориентировалась на модель, впоследствии получившую наименование коллегиальной. Основные положения данной модели можно свести к следующим пунктам:

- врач должен видеть в человеке взаимосвязь личности и организма;
- врач обязан доступным для пациента языком, иногда используя повествовательную форму изложения материала, знакомить пациента с историей его болезни;
- принудительное лечение пациента, у которого сохранилась личность, как правило, носит контрпродуктивный характер. Субъектность пациента, т.е. его осознанная деятельность и самонаблюдение, направленные на борьбу с болезнью, являются важнейшим фактором процесса лечения.

Идеальным вариантом реализации коллегиальной модели становится вариант, при котором врач предлагает пациенту способы борьбы с болезнью и знакомит с возможными осложнениями, а пациент, принимая решения, становится участником планирования собственного лечения.

Наряду с коллегиальной в XX в. активно развивается контрактная модель. В рамках прописанного контракта между врачом и пациентом устанавливаются взаимные обязательства, предполагающие, в случае их успешного соблюдения, получение выгоды обеими сторонами. За врачом при этом юридически закрепляются функции производителя, а за пациентом – функции потребителя. Наиболее активно данная модель применяется в стоматологии.

С развитием масс-медиа все большее значение приобретают истории переживания пациентами собственных болезней, в форме страничек в социальных сетях или видео-интервьюирования.

На сегодняшний день в медицинской системе Российской Федерации наблюдается преобладание патерналистской и контрактной моделей. При этом российская контрактная модель представляет собой синтез патернализма и инженерной модели. С одной стороны, наличие контракта демонстрирует равноправие в отношениях врача и пациента, но при этом вся ответственность за исход лечения перекладывается на врача.

В целом, несмотря на сохраняющееся влияние патерналистской и инженерной моделей современная медицина все больше ориентируется на личность пациента. Процесс лечения предполагает такую степень субъектности больного, при которой его осознанный выбор и совершаемые на основе этого выбора действия, явно выходят за рамки технистского физикализма (инженерная модель), а иногда и патернализма.

Контрольные вопросы

1. Как понимается самодетерминация в контексте субъектности?
2. Можно ли способность к установлению причинно-следственных связей считать достаточным основанием для возникновения субъективности? Аргументируйте свой ответ.
3. Каким образом субъектность связана с субъективностью?
4. Какие теоретические основания стали фундаментом взаимоотношений врача и пациента в античной медицине?
5. В чем выражался кризис античной медицины III – IV вв. н.э.?
6. Какие теоретические основания стали фундаментом взаимоотношений врача и пациента в христианской медицине поздней Античности и Средних веков?
7. Какие теоретические основания стали фундаментом взаимоотношений врача и пациента в эпоху Нового времени?
8. Что такое коллегияльная модель взаимоотношений врача и пациента?
9. Что такое контрактная модель взаимоотношений врача и пациента?
10. Какова главная особенность российской контрактной модели?

Задания в тестовой форме

1. Термин «субъектность» вошел в научный обиход в:
 - а) эпоху Античности
 - б) эпоху Средних веков
 - в) 50-е гг. XIX в.
 - г) 70-е – 80-е гг. XX в.
2. Субъектность – это:
 - а) свобода выбора действий и ответственность за них
 - б) совокупность представлений индивида об окружающем мире
 - в) отсутствие свободного выбора
 - г) наличие когнитивных способностей.

3. Социальный психолог, давший определение понятию «субъект действия»:

- а) К. Юнг
- б) З. Фрейд
- в) Р. Харре
- г) Э. Фромм.

4. Установите соответствие между понятием и определением

Понятие	Определение
1. Патерналистская модель	а) врач предлагает пациенту способы борьбы с болезнью и знакомит с возможными осложнениями, а пациент, принимая решения, становится участником планирования собственного лечения.
2. Инженерная модель	б) врач исправляет неполадки в организме пациента. Субъектность больного сводится к тому, что ему в большинстве случаев предоставляется выбор – начинать лечение, или отказаться от него. Однако дисциплинарная практика принудительного лечения делает данный выбор, в ряде случаев, невозможным
3. Коллегиальная модель	в) в рамках прописанного контракта между врачом и пациентом устанавливаются взаимные обязательства, предполагающие, в случае их успешного соблюдения, получение выгоды обеими сторонами. За врачом при этом юридически закрепляются функции производителя, а за пациентом – функции потребителя.
4. Контрактная модель	г) пациент осуществляет выбор способов лечения, только если этот выбор ему предоставляет врач и лишь в тех рамках, которые врачом устанавливались. Врач обязан

	учитывать личностные особенности пациента, ориентируясь на этические принципы милосердия и справедливости.
--	--

5. Представитель ведущей древнегреческой медицинской школы, заложивший основы патерналистской модели:

- а) Аристотель
- б) Фукидид
- в) Гиппократ
- г) Геродот.

6. Представитель эпохи Просвещения, написавший книгу «Человек-машина», предложивший наиболее радикальный вариант инженерной модели:

- а) Вольтер
- б) Ж.О. де Ламетри
- в) Ж.Ж. Руссо
- г) Ш.Л. де Монтескьё.

7. Направление медицины, оказавшее наибольшее влияние на формирование коллегиальной модели:

- а) нейропсихология
- б) стоматология
- в) кардиология
- г) анатомия.

8. Направления медицины, в рамках какого наиболее активно применяется контрактная модель:

- а) нейропсихология
- б) стоматология
- в) кардиология
- г) анатомия.

9. Деятельно-преобразующий способ реализации смысла человеческого существования – это...

10. В современной медицинской системе Российской Федерации коллегиальная модель взаимоотношений врача и пациента:

- а) является преобладающей
- б) не является преобладающей.

Список рекомендованной литературы

1. Бартко А.Н., Михаловска-Карлова Е.П. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы: монография. Часть II. Принципы и основные проблемы биомедицинской этики. – М.: ММСИ, 1999 г. – 275 с.
2. Ленглер О.А. Субъектность человека: психолого-педагогические основы // Молодой ученый. – 2012. – № 11. – С. 440 – 442.
3. Субъектность // Общая психология: словарь / Под ред. А.В. Петровского. – М.: Per Se; СПб.: Речь, 2005. – 250 с.
4. Чалык Ю.В. Медицина: история, концепции, парадигмы. – Саратов: Аврора, 2005. – 199с.
5. Harre R. Social being. – Oxford: Blackvell, 1979. – 438 p.
6. Veatch R. M. A theory of medical ethics. – New York: Basic Books, 1981. – 387 p.

2.5. Медико-антропологический статус психических заболеваний

В ходе изучения темы Вы:

- | | |
|------------------|--|
| узнаете | - содержание и различия биомедицинской и био-психо-социальной моделей понимания психических заболеваний, |
| | - основные современные тренды в изменении понимания психических заболеваний в обществе; |
| поймете | - культурные и философские основания споров о статусе психических заболеваний; |
| научитесь | - видеть динамику изменений в проблематизации психических заболеваний в медицине и обществе. |

Объектом профессиональной деятельности врача является болезнь, но взаимодействует он не с ней, а с человеком. Медицина, обращаясь к болезни, каждый раз смотрит на нее сквозь концептуальную рамку человека. Что есть человек? Достаточно ли его самого, чтобы объяснить все, что с ним связано, или нам потребуется выйти за пределы человека, с целью понять, что с ним происходит? И если ответ на вопрос о человеке нам нужно искать за его пределами, то какие факторы учитывать?

Занимаясь вопросами психического здоровья человека, медицина век за веком искала ответы на все эти и многие другие вопросы. В науке Нового времени очень влиятельной концепцией стало учение французского философа и математика Рене Декарта, который утверждал, что человек состоит из двух субстанций – духовной (душа) и материальной (тело). Духовная обладает свойством мышления, а материальная – протяженностью. Две эти субстанции виделись Декарту настолько разными, что он полагал, что высшие психические процессы не могут быть прямо выведены из физиологических (телесных) процессов или тем более сведены к ним.

Эта концепция Декарта на язык медицины может быть переведена следующим образом: «Существуют ли психические заболевания как самостоятельные феномены, или являются производными от болезней тела?». В медицине возникает несколько парадигм, представляющих свое видение ответа.

Первая парадигма – позитивистская (аналитическая, дименсиональная), представляющая редукцию психических расстройств к мозговым биологическим механизмам. Она существует до сих пор, и большинство ее сторонников являются представителями нейронаук. Один из представителей этой парадигмы – Томас Сас. В 1961 г. он выпустил книгу «Миф душевной болезни», в которой утверждает, что психическое заболевание как самостоятельный феномен не существует, за этим термином стоит всего лишь социальный конструкт, созданный врачами. Сас был убежден, что любое заболевание должно представлять собой объективно доказуемую биологическую патологию, должно иметь проявления на молекулярном, клеточном или ином биологическом уровне. Критикуя эту парадигму, психиатр и философ Карл Ясперс указывал, что, замыкаясь только в рамках человеческого тела мы получим «психиатрию без психики». Опыт медицины показывал, что исследование лишь тела человека не дает возможности объяснить феномены, не находящие подтверждения при анализе на уровне клеточных либо молекулярных процессов, но не перестающие при этом быть значимыми для больного.

В XX в. возникает феноменологическая (холистическая, типологическая) парадигма рассмотрения психических заболеваний, которая противостоит редукции духовного к материальному. В рамках этой парадигмы феномены духовной жизни рассматриваются как самостоятельные феномены. К ее представителям относятся Карл Ясперс, Эжен Минковски, Людвиг Бинсвангер и др. Выстраивая свою мысль в рамках дуалистической парадигмы Декарта, Ясперс писал: «единство соматической субстанции (тела) и психической субстанции

(души) представляется неоспоримым. И все же мы должны всегда помнить, что связь между телом и душой вовсе не является прямой и однозначной»¹⁵. Он полагал, что нужно описывать сами явления души и их связь друг с другом, вводит понятие «понимающей психологии». Людвиг Бинсвангер, обращаясь к философским идеям Мартина Хайдеггера, предлагал рассматривать внутренний мир больного как формы бытия в мире.

Эта парадигма в свою очередь стала объектом критики сторонников позитивизма. С их точки зрения, слабое место таких учений заключается в отсутствии достаточной объективности в виде материальных (биологических) механизмов того или иного психического заболевания. На сегодняшний день в рамках руководства для американских психиатров DSM-5 происходит отход от этой парадигмы, обусловленный открытиями в генетике за последние двадцать лет. Однако, как в западном научном сообществе, так и в России она продолжает находить своих сторонников, которые указывают на непродуктивность биологического редукционизма.

В XX в. психиатрия преодолевает учение Декарта, выдвигая идею о том, что концепция дуалистичной природы человека недостаточна. В 1977 г. Джордж Энгель выдвинул биопсихосоциальную медицинскую модель человека, которую предлагал использовать в медицине. Он утверждал, что люди являются существами не только биологическими и психологическими, но и социальными, и модели их поведения могут негативно или позитивно влиять на здоровье. Эта модель поддерживается и рядом российских психиатров. В 1960-х – 1970-х гг. социологическую трактовку психических заболеваний развивал и продвигал социолог Томас Шефф. Его ключевая идея состоит в том, что психическое заболевание – это девиация, возникающая как производное системы социального контроля. Шефф не отрицал биологических основ некоторых психических заболеваний, но полагал, что во многом они социально сконструированы. Его идея

¹⁵ Ясперс К. Общая психопатология. М.: Изд-во Практика, 1997. С. 10.

вызвала большой резонанс среди, как социологов, так и психиатров. У нее были сторонники и противники. Критиковалась она не только от лица психиатрии, но и от лица наук о культуре следующим образом: если психическая болезнь – это социальный конструкт, то почему симптомы одних и тех же психических заболеваний в разных культурах практически не различаются?

У психиатрии и наук о культуре уже более 100 лет существуют общие точки пересечения. Уже на рубеже XIX – XX вв. Эмиль Крепелин предложил новый раздел психиатрии – сравнительную психиатрию, идея которой заключалась в том, что у людей из разных стран и культур одни и те же заболевания (например, алкоголизм или деменция) протекают по-разному. Накопление подобного опыта делалось как европейскими врачами, работавшими в Индонезии (Крепелин), в Папуа Новой Гвинее (Бартон-Бредли), так и врачами из других стран: Шома Морита, Яп Поу Минг, Томас Ламбо. Значимой фигурой в вопросе о влиянии культуры на психические заболевания стал представитель кросс-культурной психиатрии, один из основателей медицинской антропологии Артур Клейнман. На протяжении всей своей карьеры Клейнман изучал депрессию на Тайване и материковом Китае, стигму, суицид, последствия миграций из китайских деревень в города. Основная идея Клейнмана заключается в том, что практикующим врачам нужно вырваться из этно-центрических профессиональных рамок и воспринять собственную клиническую реальность как культурно обусловленную и плюралистическую. К примеру, Клейнман заметил, что у китайцев (как врачей, так и пациентов) есть склонность к соматизации психических расстройств, и связал он это с установками культуры. Оказалось, что диагноз «психическое расстройство» в Китае, как и во многих других странах, является социальной стигмой, но из-за сильной связи отдельного человека с его семьей стигматизируется семья целиком. На всех членов семьи накладывается чувство стыда и вины за болезнь одного из них. Поэтому, пациенты стремятся

описывать свои проблемы через телесные ощущения, а не психологические переживания.

В 1960-х гг. Яп Поу Минг вводит такое понятие, как «culture-bound syndrome» – культурно обусловленный синдром. Это термин, обозначающий поведенческий синдром, неизвестный конвенциональной психиатрической науке и существующий только в лексиконе местных языков. До сих пор идет спор о том, не являются ли такие синдромы необычными проявлениями более известных науке болезней. Примерами культурно-обусловленных синдромов можно считать амок (в Малайзии), лата (у жителей Юго-Восточной Азии), гриши сикнис (в Никарагуа), хикикомори (у жителей Японии) и др. К примеру, человек с синдромом лата испытывает сильное стрессовое состояние. Он может кричать, ругаться, совершать неконтролируемые танцевальные движения и непроизвольно смеяться, а также имитировать слова и действия окружающих людей. А хикикомори у японцев проявляется в изоляции, которой подвергают себя юноши и девушки в течении нескольких месяцев из-за личных или социальных факторов.

В России влияние культурного фактора на переживание и восприятие психических заболеваний, хоть и в меньшем объеме, но присутствовало в поле исследований антропологов и этнографов. Например, в начале XX в. Сергей Михайлович Широкогоров исследовал опыт шаманства у тунгусов. Он отмечал, что тунгусы связывают некоторые психические заболевания с вселением духа в тело человека. В случае длительного психического заболевания со смертельным исходом тунгусы полагали, что злой дух изгнал душу человека из его тела. Если же изгнания души не происходит, и она начинает сосуществовать со злым духом в одном теле, то человек начинает совершать необъяснимые, аморальные поступки, периодически происходят припадки.

В наши дни влияние культурного фактора на психические заболевания изучаются медицинскими антропологами различных

институтов и университетов России, а на базе Института этнологии и антропологии РАН работает Центр медицинской антропологии. Приведем пример одного из исследований в этой области: Беляева Анастасия Михайловна рассматривает вегетососудистую дистонию (ВСД) как культурно обусловленный синдром, характерный для советской медицины. В современной российской медицинской практике идет спор о том, является ли использование этого диагноза оправданным. В МКБ-10 данный синдром отсутствует. Как самостоятельная болезнь и отдельный диагноз ВСД существует с 1980-х годов. С точки зрения исследовательницы, на советское понимание этого синдрома повлияли идеи И.П. Павлова и опыт Великой отечественной войны. ВСД как диагноз приобрела своеобразную популярность в обществе в следствии того, что воплощала в себе тяготы повседневной жизни, с которыми столкнулись советские люди в периоды позднего СССР и «перестройки».

Если мы обратимся к официальным документам, то увидим, что влияние культуры было признано уже в 4-м издании «Руководства по диагностике и статистике психических расстройств» для американских психиатров (DSM-IV), куда был включен культурно обусловленный синдром. В 5-м выпуске руководства подход к изучению влияния культуры на психические заболевания расширился. Культурно обусловленный синдром как частный случай заболевания был исключен, но добавлен новый раздел Cultural formulation, в котором представлены полуструктурированные интервью для пациента и сопровождающего его лица, чтобы врач мог выявить разделяемую ими культурную модель болезни.

МКБ-10 не включает в себя культурно обусловленный синдром, однако, такие синдромы, как лата, коро и дхат упоминаются в разделе «Другие специфические невротические расстройства».

В национальном руководстве по психиатрии для российских психиатров культурный аспект также обозначен. В частности, одной из основных задач эпидемиологических исследований в области

психиатрии является анализ тенденций динамики показателей первичной и общей заболеваемости психическими расстройствами в зависимости от демографических и социокультурных факторов.

Нельзя не сказать о проблемах в исследовании связи культуры и психического здоровья человека. Существуют определенные методологические проблемы с обоснованием валидности данных, нехватки точных эпидемиологических сведений. Часто большинство примеров, упоминаемых в литературе, представляют собой отчеты об отдельных случаях или исследования с небольшими выборками.

Социологи и антропологи изучают также представленность психических заболеваний в общественном сознании. Ник Хаслам и Генри Джеймсон из университета Мельбурна изучили этот вопрос на примере австралийского общества. Они пришли к выводу, что понятия, которые когда-то имели конкретное медицинское значение, начали широко использоваться как в СМИ, так и в повседневных разговорах для обозначения более легких и преходящих явлений. Депрессия часто используется для обозначения повседневной печали, тревога – для обозначения преходящего беспокойства, а травма – как синоним общих невзгод. Размытостью понятий пользуется индустрия здорового образа жизни. Данные исследователей свидетельствуют о том, что подобная ситуация стимулирует обращение за помощью, что приводит к повышенному спросу на услуги специалистов в сфере психического здоровья, которые могли бы быть не нужны, или оказываются несоответствующими цели.

В России также активно развивается индустрия ЗОЖ. Россияне ищут пути решения своих психических проблем. Протекающие процессы позволяют медицинскому антропологу поставить ряд вопросов.

Как человек приходит к мысли, что ему нужна психологическая помощь?

Как принимает решение о достаточности самопомощи или необходимости специалиста?

Как выбирает стратегии самопомощи?

Какими стратегиями пользуется, чтобы найти специалиста?

Как IT-инновации повлияли на процесс поиска информации о психологической помощи?

И многие другие.

Таким образом, медицинская антропология, вобрав в себя опыт философии, культурной антропологии, социологии дает еще один подход к рассмотрению традиционных для психологии и психиатрии вопросов и указывает на актуальность для врача, в том числе, и культурных компетенций.

Контрольные вопросы

1. Какому философу принадлежит учение о том, что человек состоит из 2х субстанций – материальной (тело) и духовной (душа)?

2. В чем заключается основная идея книги Т. Саса «Миф душевной болезни»?

3. За что Карл Ясперс критиковал позитивистскую парадигму психических заболеваний?

4. В чем, с точки зрения сторонников феноменологической парадигмы психических заболеваний, ее преимущество перед позитивисткой?

5. Изложите основную идею биопсихосоциальной медицинской модели человека, которую выдвинул Джордж Энгель.

6. Какие аргументы «ЗА» или «ПРОТИВ» теории психических заболеваний социолога Томаса Шеффа вы можете привести?

7. Чем представители сравнительной психиатрии объясняли тот факт, что у разных народов одни и те же заболевания (алкоголизм, деменция) могли протекать по-разному?

8. Приведите пример и дайте краткую характеристику одному из культурно-обусловленных синдромов.

9. Почему ВСД можно классифицировать как культурно-обусловленный синдром?

10. Чем опасна размытость понятий из сферы наук о психическом здоровье, которая имеет место в обыденной жизни?

Задания в тестовой форме

1. Согласно позитивистской парадигме, психическая болезнь – это:

- а) самостоятельный феномен
- б) производное от болезни тела
- в) психосоциальный конструкт
- г) биопсихосоциальный конструкт.

2. Согласно психиатру и философу Карлу Ясперсу, если в вопросах психики мы замкнемся только в рамках человеческого тела, мы получим:

- а) «редуцирующий физикализм»
- б) «духовность без души»
- в) «бездуховную телесность»
- г) «психиатрию без психики».

3. Верно ли утверждение: «В XX в. представители психиатрии обращаются к философскому опыту для разработки своих концепций»?

- а) да
- б) нет.

4. Представление о том, что любое заболевание должно представлять собой объективно доказуемую биологическую патологию, характерно для:

- а) позитивистской парадигмы
- б) феноменологической парадигмы
- в) биопсихосоциальной модели.

5. Выберите утверждения, релевантные для кросс-культурной психиатрии:

а) психические заболевания не зависят от культурной среды, в которой живет ее носитель

б) сознание врачей находится в этно-центрических профессиональных рамках

в) клиническая реальность является культурно обусловленной и плюралистической

г) психические заболевания должны быть редуцированы до патологических процессов на молекулярном, клеточном или ином биологическом уровне.

6. Культурно обусловленный синдром – это:

а) культурных конструкт, призванный очертить рамки приемлемого в тех или иных обстоятельствах поведения

б) поведенческий синдром, связанный с существующими в обществе традициями реакций на те или иные жизненные обстоятельства

а) социальный конструкт, возникший на базе особых мировоззренческих представлений о природе заболевания, характерных для того или иного типа культуры

г) поведенческий синдром, неизвестный конвенциональной психиатрической науке и существующий только в лексиконе местных языков.

7. В каком документе имеется раздел с примером полуструктурированного интервью для выявления разделяемой пациентом культурной модели болезни:

а) DSM-IV

б) DSM-V

в) МКБ-9

г) МКБ-10.

8. Верно ли утверждение: «В общественном сознании понятия из сферы психиатрии (например, депрессия, тревога и др.), имеющие в

ней конкретное медицинское значение, размываются и используются не по назначению»:

- а) да
- б) нет.

9. Недостаток феноменологической парадигмы психических заболеваний с точки зрения сторонников позитивистской:

- а) нет четких инструкций для диагностики заболевания
- б) не учитывает влияние общества на человека
- в) в основу положен философский, а не научный подход
- г) не хватает объективности в суждениях.

10. Основатель медицинской антропологии:

- А) Людвиг Бинсвангер
- Б) Карл Ясперс
- В) Артур Клейнман
- Г) Эмиль Крепелин.

Список рекомендованной литературы

1. Сидоров-Моисеев И.И. Экзистенциально-феноменологическая психопатология: опыт философии конкретного // Вестник РГГУ. Серия «Философия. Социология. Искусствоведение». – 2011, – № 15. – С. 137 – 149.

2. Холмогорова А.Б., Рычкова О.В. 40 лет биопсихосоциальной модели: что нового? // Социальная психология и общество. – 2017. – Т. 8. – № 4. – С. 8 – 31.

3. Холмогорова А.Б. Обострение борьбы парадигм в науках о психическом здоровье: в поисках выхода // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24. – № 4. С. 53 – 61.

4. Afonso P., Teodoro T. Culture-Bound Syndromes and Cultural Concepts of Distress in Psychiatry // Revista Portuguesa De Psiquiatria E Saúde Mental. – 2020. – № 6 (3). – Pp. 118 – 126.

5. Heinz A., Kluge U. Anthropological and Evolutionary Concepts of Mental Disorders // *The Journal of Speculative Philosophy*. – 2010. – № 24 (3). – Pp. 292 – 307.

6. Jackson H., Haslam N. Ill-defined: Concepts of mental health and illness are becoming broader, looser, and more benign // *Australasian Psychiatry*. – 2022. – № 30 (4). – Pp. 490 – 493.

2.6. Альтернативная медицина

В ходе изучения темы Вы:

- | | |
|------------------|---|
| узнаете | сходства и различия классической конвенциональной и альтернативной медицины; |
| поймете | каким образом осуществляется взаимодействие классической и альтернативной медицины в настоящее время; |
| научитесь | учитывать возможность взаимодополнения классической и альтернативной медицины. |

В самом широком смысле под альтернативной медициной понимают любые небиомедицинские способы лечения болезней и поддержания здоровья. Явления, существование которых декларирует альтернативная медицина, не входят в феноменологический аппарат современной научной медицины. При этом продуктивность результатов, полученных в рамках альтернативной медицины, не всегда отрицается представителями биомедицины. Синтез альтернативных и общепринятых научных методов носит название «комплиментарная медицина».

Само понятие «альтернативная медицина» получает смысл только в контексте биомедицины, т.е. господствующего в современной медицинской теории и практике подхода, результатом институционализации которого являются подавляющее число учебных программ и наличие клиник, прошедших государственное лицензирование. При работе с нормальными и патологическими состояниями организма современная биомедицина должна соотносить свои выводы с достижениями биологии и химии. В наиболее радикальной трактовке биомедицины предполагается, что вся деятельность организма представляет собой набор химических реакций. Зарождение биомедицины, как господствующей парадигмы медицинского знания, было связано с медицинской революцией,

длившейся с XVI в. до конца XIX в. Отметим ее наиболее значимые успехи:

- появление анатомии в качестве раздела медицины (А. Везалий);
- развитие хирургии (А. Паре);
- внедрение химических препаратов в медицинскую практику (Парацельс);
- развитие физиологии, появление кардиологии, эмбриологии и гистологии (У. Гарвей, М. Мальпиги).

В целом, медицина постепенно становилась экспериментальной наукой в соответствии с фундаментальными основаниями сциентизма, изложенными в программе великого английского философа рубежа XVI – XVII вв. Френсиса Бэкона, ориентируясь на известный лозунг «Знание – сила». Выделим основные пункты этой программы:

- науку следует воспринимать в качестве инструмента решения проблем, касающихся человеческого рода, а не отдельных его представителей. Научный прогресс является общечеловеческой ценностью (сциентизм);
- наука должна стать отдельным социальным институтом;
- науки о природе должны носить строго экспериментальный характер, с четким разделением на субъект (качества того, кто исследует) и объект (свойства того, что исследуется). Подтверждаемость гипотезы наблюдением и экспериментом превращает эту гипотезу в теорию.

Вместе с тем медицинская революция Нового времени может рассматриваться не только как пример становления биомедицинской парадигмы, но и как образец допарадигмального состояния науки, в том виде, в каком это состояние понимается основоположником парадигмального подхода, американским философом науки Томасом Куном: «Не удивительно поэтому, что на ранних стадиях развития любой науки различные исследователи, сталкиваясь с одними и теми же категориями явлений, далеко не всегда одни и те же специфические

явления описывают и интерпретируют одинаково. Можно признать удивительным и даже в какой-то степени уникальным именно для науки как особой области, что такие первоначальные расхождения впоследствии исчезают»¹⁶. Иными словами, до XIX в. не существовало четко установленной демаркации между «научной медициной» и «альтернативной медициной».

Одним из наиболее влиятельных направлений, зародившихся на рубеже XVIII – XIX вв., ныне относимых к альтернативной медицине, стал месмеризм.

Основоположник месмеризма Франц Антон Месмер (1734 – 1815), наряду с философским, имел высшее медицинское образование и даже стал членом Баварской академии наук. Основные положения месмеризма сводятся к следующим пунктам:

- вся материя наполнена флюидами. В сконцентрированном виде флюиды физически воздействуют на состояние живых и неживых объектов. Телепатический сеанс имеет строго физикалистскую природу;

- некоторые объекты ослабляют воздействие флюида, в то время как другие его усиливают. К объектам второго типа относятся магниты;

- наиболее популярным методом лечения в месмеризме выступает «бакэ». Цель метода – вызвать у группы соприкасающихся друг с другом пациентов, располагающихся вокруг чана с водой, в который вставлены намагниченные стержни, месмерический транс. Месмер полагал, что в состоянии этого транса люди способны видеть прошлое и будущее, визуализировать работу внутренних органов, управлять ими и даже распознавать лечебные средства для поддержания функционирования организма.

¹⁶ Кун Т. Структура научных революций. М.: ООО «Издательство АСТ», 2003. С. 42

Хотя идеи Месмера получили организованный отпор со стороны научного сообщества уже в 80-е гг. XVIII в., устойчивый интерес к ним сохранялся до нач. XX в.

Прежде всего, месмеризм возродил интерес к магнитотерапии. Сам Месмер первоначально опирался на поддержку венского астронома и врача Максимилиана Хелла (1720 – 1792), практиковавшего лечение пациентов при помощи стальных магнитов, которым придавалась форма органов, пораженных болезнью.

В XX – XXI вв. в ряде крупных стран, в первую очередь в России, применение статического и переменного магнитного поля было признано частью физиотерапевтической практики. В то же время в США и Великобритании магнитотерапия по сей день имеет статус лженауки.

Кроме того, месмеризм оказал большое влияние на развитие гипнотерапии. Крупнейшие французские психиатры и неврологи Амбруаз Огюст Льебо (1823 – 1904), Жан-Мартен Шарко (1825 – 1893) и Ипполит Бернхейм (1840 – 1919) полагали, что хотя Месмер исходил из ложных предпосылок, связывая гипнотический транс с воздействием флюидов, сама практика погружения пациента в гипнотическое состояние должна быть признана продуктивной для лечения «истерии». Отметим, что в современной биомедицине «истерия» считается устаревшим медицинским диагнозом, так как объединяет разнородную группу психопатологических симптомов.

Следует упомянуть, что Шарко считается одним из основоположников гидротерапии – наружного применения воды в медицинских целях (душ Шарко). В России и многих странах Восточной Европы гидротерапия стала частью официальной медицины, в то время как в Западной Европе и Северной Америке она была исключена из биомедицинской практики в XX в.

Наряду с месмеризмом на рубеже XVIII – XIX вв. распространяется еще одно направление альтернативной медицины, названное своим основоположником Христианом Фридрихом

Самуэлем Ганеманом (1755 – 1843) гомеопатией. Методологические основания гомеопатии можно свести к следующим пунктам:

- в духе учений Гиппократ и Галена Ганеман исходил из предположения, что в организме заключена врожденная способность к самоисцелению;

- болезнь трактовалась Ганеманом как сумма симптомов, а не как самостоятельная сущность. Центральным концептом гомеопатии, так же как у Гиппократ и Галена, становился «больной», а не «болезнь»;

- при лечении Ганеман использовал разбавленные фармакологические вещества, предельно снижая уровень токсичности;

- принимаемое пациентом лекарство связывалось с той же самой группой физических явлений, что и болезненные симптомы. Ганеман следовал принципу «лечи подобное подобным». Предполагалось, что таким образом врач увеличивает жизненную силу организма, а не истощает её.

Сам Ганеман в рамках гомеопатии разработал две концепции. Согласно первой из них, большинство болезней было вызвано чрезмерным употреблением кофе. Согласно второй, болезни вызваны воздействием невидимого инфекционного агента, получившего название «псорический миазм».

Во второй половине XIX в. появляется остеопатия – направление, основы которого были разработаны американским хирургом Эндрю Тейлором Стилла (1828 – 1917).

Стилл полагал, что причина болезней заключается в анатомических нарушениях, которые исправляются посредством нехирургической работы с тканями. Остеопатия развивалась в тесной связи с хиропрактикой – нехирургической работой с опорно-двигательным аппаратом. Остеопатия и хиропрактика сформировали пять взаимодополняющих концепций организма:

1) биоэнергетическая модель (поддержание баланса между производством и потреблением энергии, вырабатываемой организмом);

2) неврологическая модель (поддержание работы вегетативной нервной системы посредством стимулирования позвоночника);

3) биомеханическая модель (работа с осанкой);

4) биопсихосоциальная модель (повышение стрессоустойчивости посредством мануальной терапии);

5) биокардиологическая модель (поддержание работы системы дыхания-кровообращения).

В XIX – XX вв. активно распространяются другие направления альтернативной медицины – ароматерапия (использование эфирных масел), лечебное голодание, апитерапия (использование меда и воска), уринотерапия (использование мочи), гирудотерапия (применение пиявок) и т.д.

В рамках биомедицины статус этих направлений колеблется от безусловно ненаучных и опасных (уринотерапия) до признанных научными спустя 150 лет (гирудотерапия).

Отдельно следует упомянуть об альтернативных восточноазиатских и южноазиатских медицинских системах, включающих следующие основные направления:

– китайская медицина (включая акупунктуру) основывается на представлении о здоровье человека, исходя из нормализации распределения энергии ци по особым каналам (меридианам);

– Рэйки – японская медицинская школа, практикующая лечение прикосновением ладоней;

– Аюрведа – совокупность индийских медицинских школ, практикующих диетологию и фитотерапию;

– Юнани – совокупность индийских медицинских школ, испытавших большое влияние галеновской и мусульманской медицинских теорий о влиянии четырех видов жидкостей (кровь,

мокрота, желтая желчь, черная желчь) на темперамент человека (сангвиник, флегматик, холерик, меланхолик).

В европейской философии XX в. концептуальные основания биомедицины были проанализированы Мишелем Полем Фуко (1926 – 1984), творчество которого условно относят к постструктурализму. Приверженцем альтернативной медицины являлся Пауль Карл Фейерабенд (1924 – 1996), творчество которого столь же условно относят к постпозитивизму. Не смотря на неоднозначное, а иногда и открыто негативное отношение к их концепциям со стороны научного сообщества, Фуко и Фейерабенд по сей день остаются одними из самых влиятельных философов XX в.

Согласно Фуко, основным содержанием медицинской революции, приведшей к доминированию биомедицины, стала концентрация на визуализации болезни, посредством отказа от концентрации на фигуре больного: «Эта новая структура отмечается, но, конечно, не исчерпывается мелким и решительным изменением, замещающим вопрос “Что с вами?”, с которого начинался в XVIII в. диалог врача и больного с его собственной грамматикой и стилем, другим, в котором мы узнаем игру клиники и принцип всего дискурса: “Где у Вас болит?”... Сдержанность клинического дискурса (объявляемого врачами как отказ от теории, отход от систем, от философствования) отсылает к невербальным условиям, начиная с которых можно говорить: образуется общая структура, которая выкраивает и артикулирует то, что видится, и то, что говорится»¹⁷.

В свою очередь Фейерабенд исходит из того, что ни одна научная теория не бывает в полном смысле последовательной и непротиворечивой. Эпистемологический анархизм, при котором ученый может и должен экспериментировать с системами, теоретические основания которых несовместимы, в большей степени гуманистичен, нежели приверженность одной парадигме: «Даже в наши дни наука может использовать и действительно использует

¹⁷ Фуко М. Рождение клиники. – М.: Академический проект, 2014. – С. 20

ненаучные ингредиенты. Когда в 50-х годах больницы и медицинские учебные заведения Китая были обязаны изучать идеи и методы, содержащиеся в “Учебнике терапии богдыхана” и пользоваться ими при лечении больных, многие западные эксперты ужасались и предсказывали гибель восточной медицины. Однако все получилось наоборот. Иглоукалывание, прижигание, диагностика, основанная на измерении различных пульсов, привели к новым идеям, новым методам лечения, новым направлениям, как в западной, так и в восточной медицине»¹⁸.

Наглядным примером проникновения элементов традиционной китайской медицины в рамки биомедицины можно считать вакуумно-баночную терапию. Аналогичным примером синтеза народной медицины и биомедицины является применение горчичников.

В современном мире забота пациента о себе состоит в том числе в выборе между биомедициной и альтернативными медицинами. Недоверие многих пациентов к биомедицине вызвано рядом факторов, в числе которых не последнюю роль играет указанная Фуко сдержанность биомедицинского дискурса, фокусирующего внимание на болезни, а не на больном. Кроме того, сама биомедицина испытывает явное или неявное влияние альтернативных медицинских систем, на что справедливо обращает внимание Фейерабенд. Некоторые альтернативные направления несколько раз меняли свой научный статус. Примером может служить герудотерапия. В первой пол. XIX в её научный статус не отрицался. Затем лечение пиявками было признано ненаучной методикой. В начале XXI в. герудотерапия вернула себе статус научного направления в рамках биомедицинской парадигмы.

Контрольные вопросы

¹⁸ Фейерабенд П. Против метода. Очерк анархистской теории познания. – М.: АСТ: АСТ МОСКВА: ХРАНИТЕЛЬ, 2007. С. 307.

1. Каковы теоретические и практические основания биомедицины? Каким образом биомедицина связана со сциентизмом?
2. Можно ли рассматривать эпоху становления биомедицины в качестве примера допарадигмальной науки? Аргументируйте свой ответ.
3. Что такое месмеризм? На развитие каких направлений месмеризм оказал влияние?
4. Каковы теоретические основы гомеопатии?
5. Каковы теоретические основы остеопатии?
6. Какие концепции организма были сформированы остеопатией и хиропрактикой?
7. Какие медицинские системы Восточной Азии, Южной Азии, Ближнего Востока вы знаете?
8. В чем, на ваш взгляд, заключается принципиальное отличие концентрации на визуализации болезни от концентрации на фигуре больного?
9. Какой аргумент в пользу альтернативной медицины приводит Пауль Фейерабенд?
10. В чем, на ваш взгляд, заключается причина популярности обращения к альтернативной медицине сегодня?

Задания в тестовой форме

1. Синтез альтернативных и биомедицинских научных методов называется:
 - а) квазинаучная медицина
 - б) комплиментарная медицина
 - в) паранаучная медицина
 - г) шарлатанская медицина.

2. Революция в медицине, разделившая медицину на «альтернативную» и «научную» охватывает

- а) XVI – XIX вв.
- б) XX – XXI вв.
- в) VI – IV вв. до н.э.
- г) VI – IX вв.

3. Философ-постпозитивист, сторонник эпистемологического анархизма и альтернативной медицины:

- а) К. Поппер
- б) П. Фейерабенд
- в) Т. Кун
- г) И. Лакатос.

4. Установите соответствие между направлением альтернативной медицины и определением.

Понятие	Определение
1. Месмеризм	а) лечение «подобного подобным».
2. Гомеопатия	б) нехирургическая работа с тканями.
3. Остеопатия	в) телепатический магнетизм.
4. Ароматерапия	г) использование эфирных масел

5. Нехирургическая работа с опорно-двигательным аппаратом – это:

- а) герудотерапия
- б) уринотерапия
- в) гипнотерапия
- г) хиропрактика.

6. Традиционная медицинская школа, которая основывается на представлении о здоровье человека, исходя из нормализации распределения энергии по особым каналам (меридианам):

- а) китайская
- б) японская
- в) Юнани

г) Аюрведа.

7. Традиционная медицинская школа, которая наиболее активно практикует фитотерапию:

а) китайская

б) японская

в) Юнани

г) Аюрведа.

8. Японская медицинская школа, пропагандирующая и практикующая лечение прикосновением ладоней – это...

9. С точки зрения М.П. Фуко биомедицина сосредоточена в большей степени:

а) на болезни

б) на больном

в) и на больном, и на болезни

г) на деньгах.

10. Направление европейской медицины, признаваемое ранее лженаукой, в начале XXI в. вернувшее себе статус биомедицинского научного направления:

а) месмеризм

б) гомеопатия

в) уринотерапия

г) герудотерапия.

Список рекомендованной литературы

1. Водовозов А.В. Пациент разумный. Ловушки «врачебной» диагностики, о которых должен знать каждый. – М.: Эксмо, 2016. – 224 с.

2. Кун Т. Структура научных революций. – М.: ООО «Издательство АСТ», 2003. – 605 [3] с.

3. Палош Ш. Китайское искусство целительства. – М.: Центрполиграф, 2003. – 282 с.

4. Скориченко-Амбодик Г.Г. Месмеризм // Энциклопедический словарь Брокгауза и Ефрона : в 86 т. (82 т. и 4 доп.). – СПб., 1896. – Т. XIX. – С. 143 – 144.
5. Талантов П.В. 0,05. Доказательная медицина от магии до поисков бессмертия. – М.: АСТ: Corpus, 2019. – 560 с.
6. Фейерабенд П. Против метода. Очерк анархистской теории познания. – М.: АСТ: АСТ МОСКВА: ХРАНИТЕЛЬ, 2007. – 413 [3] с.
7. Фуко М. Рождение клиники. – М.: Академический проект, 2014. – 263 с.

2.7. Современные тенденции развития медицины и их гуманитарная экспертиза

В ходе изучения темы Вы:

- | | |
|------------------|---|
| узнаете | - ценностные противоречия современной врачебной этики; |
| | - антропологическую проблематику, связанную с развитием медицинских инноваций |
| поймете | - различия между медицинской этикой, биоэтикой, биомедицинской этикой; |
| | - значимость гуманитарной экспертизы для биомедицинских инноваций |
| научитесь | - определять проблемы и противоречия врачебной этики; |
| | - оценивать возможности и последствия инноваций биомедицинского направления. |

Стремительное развитие биомедицинских технологий (и не только биомедицинских) порождает ситуацию, когда расстояние между ними и людьми уменьшается с невероятной быстротой. В предисловии книги нидерландских исследователей «Интимные технологии: битва за наши тела и поведение» отмечается, что современные технологии «начинают гнездиться между нами, очень близко от нас и даже внутри нас»¹⁹.

Значение данной тенденции оценивается не просто как значимый пункт во взаимоотношениях человека с технологиями, а как поворотная точка в истории всего человечества. «В течение всех предыдущих тысячелетий наши технологии были направлены вовне,

¹⁹ Est R., van. Intimate technology: The battle for our body and behavior / With assistance of Rerimassie V., Keulen I., van, Dorren G. The Hague: Rathenau Instituut, 2014. 86 p.

на контроль окружающей среды... Ныне, однако, мы в массовом порядке начали направлять технологии вовнутрь себя. Они стали соединяться с нашим мозгом, нашей памятью, нашими метаболическими процессами, нашими личностями, нашим потомством, а может быть, и с нашими душами»²⁰.

В настоящее время динамический квартет, именуемый НБИК-конвергенцией (NBIC) «разгоняет огромную технологическую волну», которая затрагивает самые различные научные области и сферы жизнедеятельности человека. Что означает аббревиатура НБИК? «NBIC-конвергенция» фиксирует органический синтез четырех технологий: N – нано; В – био; I – информационные; С – когнитивистика. Причем, их объединение означает не простое взаимодействие, а фиксацию такого процесса, когда ни одна из этих технологий не может существовать без других.

В медицине объединение между физическими науками (нано- и информационными технологиями) и науками о жизни (био- и когнитивные технологии) создают значимые возможности для вмешательства в природу человека. Причем речь идет не только о терапевтическом воздействии, которое направлено на то, чтобы восстановить здоровье человека, привести его в соответствие с нормой. Ставится вопрос об улучшении природы человека, которое способно привести к изменениям как человеческой идентичности, так и цивилизационных реалий. Американский психолог Джек Палмер еще в 2003 году отмечал: «Мы находимся на грани глубочайшего, наиболее обширного вмешательства в настройку нашей психики и органики, которое когда-либо предпринималось. Эти вмешательства являются настолько проникающими и всеохватывающими, что самые экстенсивные из нынешних химических и хирургических методов лечения покажутся по сравнению с ними всего лишь косметическими

²⁰ Garreau J. Radical evolution: The promise and peril of enhancing our minds, our bodies - and what it means to be human. N.Y.: Doubleday, 2004. P. 34.

изменениями»²¹. Так, например, благодаря НБИК технологиям мы получаем возможность существенно трансформировать человеческую телесность, соединить мозг человека с киберпространством через нейроинтерфейс. Как следствие, вполне реалистичными становятся сценарии, связанные со стиранием границ между реальным и виртуальным существованием личности, формированием гибридной реальности, реализацией феномена «практического бессмертия» и модификацией смысла человеческой жизни.

Так как современные биомедицинские технологии выступают мощным фактором, который способен определить грядущую судьбу человека, изменить его представления о самом себе и о своем месте в окружающем мире, то это с неизбежностью ставит вопрос об их социогуманитарной экспертизе.

Традиционно, функцию гуманитарной экспертизы принимала на себя медицинская этика (деонтология), ее классическим предметом являлись вопросы взаимодействия врача и пациента. Но, в условиях технологических медицинских трансформаций, неоднозначные ситуации, постоянно возникающие в практической медицине как порождение прогресса биологической науки и медицинского знания, потребовали расширения этический проблематики.

Американский онколог Ван Рансселер Поттер предлагает новый термин биоэтика, который перекинул «мост» между точными и гуманитарными науками в исследовании социальных, экологических, медицинских и культурных проблем, касающихся не только человека, но и любых живых организмов, включённых в экосистемы, окружающие человека. В этом смысле биоэтика имеет философскую направленность, оценивает результаты развития новых технологий и идей в медицине и биологии в целом²². По мнению Поттера, в условиях быстрого распространения новых технологий, радикально

²¹ Палмер Д., Палмер Л. Эволюционная психология. Секреты поведения Homo sapiens. – М., 2003. С. 201.

²² Potter V. R. Global Bioethics: Building on the Leopold Legacy. East Lansing, MI: Michigan State University Press. 1988. 203 p.

трансформирующих окружающий мир и изменяющих природу человека, биоэтика защищает фундаментальные человеческие ценности и формирует нравственную ответственность за все живое.

Специалисты в области медицинской биоэтики отмечают, что новый технологический уклад медицины, полное секвенирование генома человека (The Human Genome Project²³), разработка коннектома (The Human Brain Project HBP²⁴), проекты создания нейрокомпьютерных интерфейсов разной степени сложности, действующие в парадигме трансгуманизма, улучшения, киборгизации человека нуждаются в гуманитарной экспертизе. Все больше исследователей бьют тревогу, отмечая, что в новых умных технологиях человек всякий раз присутствует в качестве приложения к технологии, отдельной умной функции, составной части, но не как самостоятельное сущее, не как личность, не как исходный субъект и цель развивающихся научных и социальных технологий, управляющий ситуацией²⁵.

Еще одной серьезной проблемой, требующей экспертной оценки становится проблема социальной справедливости. Современные общества характеризуются высокой степенью неравенства в распределении шансов на здоровье, во многих странах внедрение предиктивно превентивной, персонифицированной, высокотехнологичной медицины не способствует снижению социального неравенства в отношении здоровья. Зависимость между социальным статусом и здоровьем значительно усиливается; заслуживает внимание тот факт, что люди с низкими доходами и невысоким уровнем образования испытывают недостаток ресурсов для удовлетворения базовых потребностей и полноценного доступа к медицинским услугам.

²³ The Human Genome Project. Режим доступа: <https://www.genome.gov/human-genome-project>

²⁴ The Human Brain Project HBP. Режим доступа: <https://www.humanbrainproject.eu/en/>

²⁵ Тищенко П.Н., Юдин Б.Г. Социогуманитарное сопровождение инновационных проектов в биомедицине // Знание. Понимание. Умение. 2016. №2. С. 73-84.

Здоровье становится все более важным ресурсом, позволяющим человеку улучшать и сохранять свой социальный статус. Поэтому требуется понимание основных факторов неравенства и обеспечение принципа справедливости условиях распространения новых медико-генетических методов и технологий.

Кроме того, здоровье в современном обществе все более зависит от культурного и социального капитала – уровня образования, интеллектуального кругозора, ценностных ориентаций, социального окружения и социальных связей. Это отражает особенности современного общества, где факторы, определяющие социальное неравенство, из экономической сферы переносятся в сферу символическую²⁶.

В отдельную сферу медицинской биоэтики выделены вопросы этики научно-медицинских исследований. На сегодняшний день медицинское сообщество поддерживает идею этического контроля любых клинических исследований; не только испытаний новых лекарств, но приборов и материалов медицинского назначения, исследований границ хирургического вмешательства, этических аспектов эпидемиологии (особенно актуальными эти вопросы стали в ходе эпидемии Covid-19), исследований в области генетики, психологии и др. Медицинская биоэтика направляет свои усилия на защиту прав и достоинства человека в ходе инновационных исследований.

Для разрешения данных этих дилемм было предложено несколько этических принципов и процедур.

1 Этическая экспертиза. В современной практике биомедицинские исследования стали возможны только после положительного решения специального комитета по этике, причем в большинстве цивилизованных стран, не исключая Россию, данное требование оформлено законодательно.

²⁶ Бурдые П. 2001. Практический смысл. СПб: Алетейя. 324 с.

Этический комитет призван оценить возможные риски для человека и общества, оценить возможный конфликт интересов, когда в ходе биомедицинских исследований ценности благополучия, человеческого здоровья и достоинства не могут быть замещены интересами науки, получением новых знаний, и тем более сверхприбылями медицинских корпораций.

Этическая экспертиза биомедицинских инноваций должна носить междисциплинарный характер и осуществляться представителями не только технической (профессиональной), но и гуманитарной интеллигенции, дабы обеспечить соблюдение принципа информированного согласия всего социума, поскольку результаты данных исследований затрагивают интересы не только государства и бизнеса, но и жизнь конкретного рядового человека.

2 Гуманитарная экспертиза. Гуманитарная экспертиза позволяет учитывать всю сложность моральных и антропологических проблем, который порождает научный прогресс. Идея гуманитарной экспертизы предполагает постоянное обращение научного сообщества к таким глобальным биомедицинским проблемам как эвтаназия, аборт, клонирование, искусственное оплодотворение, суррогатное материнство, евгеника и др. с целью общего контроля последствий и рисков устойчивого развития человечества.

Для этической и гуманитарной экспертизы базовым является понятие человеческого потенциала как мерила воздействия тех или иных инноваций на человека и показатель устойчивого развития человечества.

Возвращаясь к НБИК-технологиям, отметим, что их особенность такова, что для них характерна очевидность достоинств и неочевидность недостатков. Но потенциально любое направление NBIC-технологий несет непредсказуемые негативные последствия. Приведем лишь один пример.

В ноябре 2018-о г. было объявлено, что в ходе эксперимента ученого Хэ Цзянкуя в Китае родились дети с отредактированной ДНК.

Опыт доктора Хэ сочетал в себе две уже хорошо известные технологии, успешно применяемые в биологии и медицине. Речь идет о:

- редактировании генов по системе CRISPR-cas9. Данная технология позволяет корректировать ген, вызывающий болезни, еще на стадии развития эмбриона, что было успешно продемонстрировано на зародышах млекопитающих;
- и технике экстракорпорального оплодотворения, благодаря которой уже появились миллионы здоровых детей во всем мире.

Однако, соединение этих двух технологий и их применение в отношении человека оценивается неоднозначно. Причем, речь идет не о медицинских аспектах, а именно о последствиях социального характера.

Во-первых, встает вопрос о том, существует ли стопроцентная гарантия того, что искусственно созданная мутация не несет в себе риски и не спровоцирует в организме человека непредсказуемых изменений. Особенную остроту этот вопрос приобретает в связи с тем, что привнесённые изменения будут носить необратимый характер и повлияют на все последующие поколения.

Во-вторых, с точки зрения этики возникает проблема отсутствия разрешения на проведение опытов по корректировке генома. Данная проблема возникает по причине того, что эмбрион может быть рассмотрен в качестве будущей личности, которая не давала согласия на какие-либо манипуляции.

В-третьих, эксперимент доктора Хэ ставит вопрос о его социально- символических последствиях. В настоящее время технология изменения генотипа у еще нерождённых детей получила название «дизайнерские дети». Связано это с тем, что благодаря данной технологии открывается возможность проектирования младенцев «на заказ». А это уже в свою очередь ведет к овеществлению младенцев, рассмотрению их в качестве товара,

который можно оценивать в соответствии с изначально заданными требованиями.

В-четвертых, следует обратить внимание и еще на один аспект, носящий социально-политический характер. Под видео «Лулу и Нана: двойняшки родились здоровыми после генной хирургии» было размещено более 2,5 тысячи комментариев. Один из них гласил «Трейлер продолжения "Гаттаки" выглядит отлично». «Гаттака» – фильм-антиутопия 1997 г. об обществе генно-модифицированных людей. Данный комментарий отсылает нас к возможности стандартной проверки эмбрионов в процессе их искусственной имплантации, что позволит программировать рождение детей с заданными параметрами уже не исходя из запросов их родителей, а в интересах различных групп общества.

В-пятых, социально-политический аспект рассматриваемого эксперимента связан также с тем, что он может способствовать тому, что социальное неравенство будет дополнено неравенством биологическим. И речь уже может идти не просто о высшем или низшем социальных классах, которые при их явном различии, все же не исключают мобильность, социальные лифты и т.п., а о генетически привилегированном и о генетически непривилегированном классах, граница между которыми может стать непреодолимой.

Все описанные аспекты наглядно демонстрируют, что оценка развития биомедицинских технологий далеко выходит за узкие дисциплинарные рамки медицины, а имеет междисциплинарный характер, включая в сферу активности социогуманитарных наук.

Благодаря развитию НБИК-технологии, человек все больше рассматривается в качестве биологически несовершенного существа, природная составляющая которого требует принципиального улучшения. Причем ни о пластической хирургии, ни о фитнес-индустрии, ни о достижениях фармакологии в данном случае речь не идет. Речь идет о кардинальном, радикальном преобразовании, о выходе за границы своего биологического вида. И эта мечта о новом

человеке (или уже нечеловеке) получила свое воплощение в проекте постчеловека, идею которого выдвинули и обосновали представители такого интеллектуального течения как трансгуманизм.

Трансгуманизм как идейная платформа берет свое начало также в 60-70е гг. XX в. Хотя сам термин имеет более раннее происхождение. В современном значении его впервые использовал английский биолог-эволюционист Джулиан Хаксли (основатель ЮНЕСКО, брат писателя-фантаста Олдос Хаксли) в своей работе «Религия без откровения» в 1927 г. Трансгуманизм является, по существу, концепцией, которая утверждает, что биологическая эволюция человека не закончена. Ее продолжение инициировано самим человеком, у которого благодаря развитию науки и техники появилась реальная возможность совершить «эволюционный прорыв» к постчеловеку. На сайте Российского трансгуманистического движения утверждается, что «Постчеловек (posthuman) – это потомок человека, модифицированный до такой степени, что уже не является человеком... Постлюди могут оказаться полностью искусственными созданиями (основанными на искусственном интеллекте) или результатом большого числа изменений и улучшений биологии человека или трансчеловека. Некоторые постлюди могут даже найти для себя полезным отказаться от собственного тела и жить в качестве информационных структур в гигантских сверхбыстрых компьютерных сетях»²⁷.

Таким образом, прорывные достижения в сферах НБИК-технологий свидетельствуют о том, что человечество впервые за всю историю своего развития получает инструменты, позволяющие ему создать техноэволюционный путь развития, являющийся альтернативой естественному биологическому процессу.

Контрольные вопросы

²⁷ FAQ по трансгуманизму. Режим доступа: <http://transhuman.ru/faq#transhumanism>.

1. С чем связан пристальный интерес к биотехнологиям в настоящее время;
2. Расшифруйте аббревиатуру НБИК-технологии?
3. Почему НБИК-технологии называют конвергентными?
4. Какие возможности открывают НБИК-технологии перед медициной?
5. С чем связана необходимость социогуманитарной экспертизы биомедицинских инноваций?
6. Какие вопросы входят в область компетенций этической экспертизы?
7. Чем отличается этическая и социогуманитарная экспертиза?
8. Какие опасения связаны с использованием конвергентных технологий в медицине? Приведите примеры.
9. Что такое трансгуманизм? Согласны Вы или нет с его идеями?
10. Как в трансгуманизме рассматривается человек?
11. Кто такой постчеловек? Чем он отличается от человека?

Задания в тестовой форме

1. Верно ли высказывание: «NBIC-технологии создают значимые возможности для вмешательства в природу человека»?
 - а) да
 - б) нет.
2. Экспертиза, которая отсылает нас к анализу глубины и сложности социальных, политических, правовых, культурных, экономических и др. проблем, связанных с воздействием новых технологий на человека, к оценке отдалённых последствий и прогнозировании глобальных рисков, обладающих высоким уровнем неопределенности, называется
3. С точки зрения трансгуманизма биологическая эволюция человека:

- а) не закончена
- б) закончена
- в) никогда не прекращалась
- г) привела человечество к деградации.

4. Установите соответствие между понятием и определением.

Понятие	Определение
1. Трансгуманизм	а) гипотетический образ будущего человека, который отказался от привычного человеческого облика в результате внедрения передовых технологий: информатики, биотехнологии, медицины в культуре
2. Деонтология	б) философская концепция, продвигающая использование достижений науки и технологии для улучшения умственных и физических возможностей человека с целью устранения болезней, старения и смерти.
3. Биоэтика	в) исследование социальных, экологических, медицинских и социально-правовых проблем, касающихся не только человека, но и любых живых организмов, включённых в экосистемы, окружающие человека
4. Постчеловек	г) раздел этики, изучающий проблему взаимоотношений медицинских работников с пациентами и коллегами

5. Верно ли высказывание: «Гуманитарная экспертиза, в отличие от этической экспертизы, позволяет учитывать всю сложность моральных и антропологических проблем, который порождает научный прогресс»?

- а) да
- б) нет.

6. С точки зрения биоэтики функция гуманитарной экспертизы может быть осуществлена в деятельности

- а) специального комитета по этике
- б) национального правительства
- в) системы высшего образования
- г) международной этической организации.

7. Биоэтика – это:

а) философская концепция, продвигающая использование достижений науки и технологии для улучшения умственных и физических возможностей человека с целью устранения болезней, старения и смерти

б) исследование социальных, экологических, медицинских и социально-правовых проблем, касающихся не только человека, но и любых живых организмов, включённых в экосистемы, окружающие человека

в) раздел этики, изучающий проблему взаимоотношений медицинских работников с пациентами и коллегами.

8. Технологии, которые входят в «NBIC-конвергенцию», фиксирует органический синтез четырех технологий:

- а) нано-, био-, информационные технологии, когнитивистика
- б) нано-, био-, индивидуальные технологии, когнитивистика
- в) нано-, био-, информационные, коллективные технологии
- г) нано-, био-, индивидуальные, коллективные технологии.

9. Трансгуманизм утверждает, что на смену человеку придет:

- а) сверхчеловек
- б) постчеловек
- в) недочеловек
- г) последний человек.

10. Термин трансгуманизм предложил:

- а) З. Фрейд,
- б) А. Швейцер
- в) Дж. Хаксли

г) А. Клейнман.

11. Трансгуманизм – это:

а) философская концепция, продвигающая использование достижений науки и технологии для улучшения умственных и физических возможностей человека с целью устранения болезней, старения и смерти

б) исследование социальных, экологических, медицинских и социально-правовых проблем, касающихся не только человека, но и любых живых организмов, включённых в экосистемы

в) раздел этики, изучающий проблему взаимоотношений медицинских работников с пациентами и коллегами.

Список рекомендованной литературы

1. Беялетдинов Р.Р. Риски современных биотехнологий: социогуманитарный анализ. – М.: ООО «4 Принт», 2019. – 212 с.

2. Биоэтика и технонаука: человек как проект: сб. науч. статей / К 75-летию Павла Дмитриевича Тищенко / под ред. Беялетдинова Р. Р. – М.: Издательство Московского гуманитарного университета, 2021. – 248 с.

3. Попова О.В. Человек как артефакт биотехнологий. – М.: Канон+, Реабилитация, 2017. – 336 с.

4. Тищенко П.Н., Юдин Б.Г. Социогуманитарное сопровождение инновационных проектов в биомедицине // Знание. Понимание. Умение. – 2016. – №2. – С. 73 – 84.

5. Человечество в новой реальности: глобальные биотехнологические вызовы / отв. ред. Г.Л. Белкина; ред.-сост. М.И. Фролова. – М.: КАНОН+, 2022. – 496 с.

6. Garreau J. Radical evolution: The promise and peril of enhancing our minds, our bodies - and what it means to be human. – N.Y.: Doubleday, 2004. – 400 p.

7. Est R., van. Intimate technology: The battle for our body and behavior / With assistance of Rerimassie V., Keulen I., van, Dorren G. – The Hague: Rathenau Instituut, 2014. – 86 p.

Учебное издание

КОРЕЦКАЯ Марина Александровна
БАРАБОШИНА Наталья Владимировна
ИЛИВИЦКАЯ Лариса Геннадьевна
КЛЕЦКИН Михаил Васильевич
КУЗОВЕНКОВА Юлия Александровна
СТЕПАНОВ Иван Викторович

Медицинская антропология

Учебное пособие

Печатается в авторской редакции

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Самарский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
443099, Самарская область, г. Самара, ул. Чапаевская, д. 89.

Подписано в печать

Формат 60х84/16. Бумага офсетная. Печать оперативная.

Усл. печ. л. 7,7. Тираж 100 экз. Заказ....

Издательство название

Адрес

телефон