

ISSN 2070-1586

16+

Биоэтика

BIOETHICS

Федеральный
научно-
практический
журнал

Том 16,
№ 1. 2023



ISSN 2070-1586

Учредитель

Федеральное государственное
бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Волгоградский государственный
медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

Главный редактор:

академик РАН, ЗДН РФ, доктор медицинских наук,
профессор **Петров В.И.** (Petrov V.)

Заместитель главного редактора:

ЗДН РФ, доктор философских наук, доктор юридических наук,
профессор **Седова Н.Н.** (Sedova N.)

Ответственный секретарь:

доктор социологических наук, кандидат медицинских наук,
профессор **Доника А.Д.** (Donika A.)

Редакционный совет:

Сергеев Ю.Д. (Sergeev Yu.)

член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор

Спасов А.А. (Srasov A.)

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор

Хохлов А.Л. (Khokhlov A.), член-корреспондент РАН,

доктор медицинских наук, профессор

Шкарин В.В. (Shkarin V.)

доктор медицинских наук, ректор Волгоградского государственного
медицинского университета

Тищенко П.Д. (Tishchenko P.)

доктор философских наук, профессор

Редакционная коллегия:

Аджиенко В.Л. – д. м. н., профессор, Волгоград, Россия
(Adzhienko V.)

Андрянова Е.А. – д. соц. н., профессор, Саратов, Россия
(Andriyanova E.)

Хамнетт Брайн – PhD, Почетный профессор Университета Эссекса,
Великобритания (Hamnett B.)

Давтян Сусанна – д. философ. наук, профессор, Ереван, Армения
(Davtyan S.)

Кубарь О.И. – д. м. н., профессор, Санкт-Петербург, Россия (Kubar O.)

Иззаиди Азми И. – мастер права, Шах-Алам, Малайзия (Izzaidi Azm I.)

Мохов А.А. – д. юр. н., профессор, Москва, Россия (Mokhov A.)

Пельич Гордана – PhD, д. м. н., доцент, Хорватия (Pel'chich G.)

Серова И.А. – д. филос. н., профессор, Пермь, Россия (Serova I.)

Силуанова И.В. – д. филос. н., профессор, Москва, Россия
(Siluanova I.)

Созинов А.С. – д. мед. н., профессор, Казань, Россия (Sozinov A.)

Стрельченко В.И. – д. филос. н., профессор, Санкт-Петербург,
Россия (Strel'chenko V.)

Семерник С.З. – д. филос. н., Гродно (Беларусь) (Semernik S.)

Цыря Т.Н. – д. филос. н., профессор, Кишинев, Молдова (Tirdea T.)

Биоэтика

BIOETHICS

Федеральный научно- практический журнал

Том 16, № 1. 2023

Журнал включен в Перечень ведущих
рецензируемых научных журналов и изданий
Высшей аттестационной комиссии
Министерства образования и науки
Российской Федерации, в которых должны быть
опубликованы основные научные результаты
диссертаций на соискание ученой степени доктора
и кандидата наук по научным специальностям:
5.7.4. Этика (философские науки),
5.7.8. Философская антропология,
философия культуры (философские науки)

Индексация журнала:

- РИНЦ
- НЭБ (eLibrary.ru)
- Google Scholar
- Ulrich's Periodicals Directory
- WorldCat
- CrossRef

Сайт журнала:

<https://bioethicsjournal.ru/>

Архив доступен на странице:

<http://www.volgmed.ru/periodicheskie-izdaniya/bioethics/>



Волгоград
Издательство
ВолгГМУ
2023

СТРАНИЦА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Седова Н. Н.Гуманитарная экспертиза
в медицинском образовании 3

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ БИОЭТИКА

Иванов К. В.Экзистенциальная терапия шумерско-аккадской
цивилизации: чему учит опыт предков? 6**Калуджерович Ж., Калуджерович-Мияртович З., Яшич О.**Элементы логоцентризма и гомоцентризма
в ранней греческой философии 12

ПРАКТИЧЕСКАЯ БИОЭТИКА

Серова И. А.Методологические проблемы нравственного
воспитания в медицинском университете 17**Светличная Т. Г., Воронов В. А., Смирнова Е. А.**Феномен стигматизации в эпоху постмодерна:
структурный анализ 25

ПРИКЛАДНАЯ БИОЭТИКА

Воробьев А. А., Доники А. Д.,**Горелик И. М., Андриященко Ф. А.**Реабилитация комбатантов: этический
и медицинский подходы 39

СОБЫТИЯ

Вигель Н. Л.Новый взгляд на философию медицины
(рецензия на учебник Н. Н. Седовой
«Философия медицины») 44

ПАМЯТИ ДРУГА 47

PAGE OF THE EDITOR-IN-CHIEF

Sedova N. N.Humanitarian expertise
in medical education 3

THEORETICAL BIOETHICS

Ivanov K. V.Existential therapy of the Sumerian-Akkadian civilization:
what the ancestral experience teaches 6**Kaluderovic Z., Kaluderovic-Mijartovic Z., Yashic O.**Early Hellenic Anticipations of Logocentrism
and Homocentrism 12

PRACTICAL BIOETHICS

Serova I. A.Methodological problems of moral raising
in a medical university 17**Svetlichnaya T. G., Voronov V. A., Smirnova E. A.**The phenomenon of stigmatization
in the postmodern era: a structural analysis 25

APPLIED BIOETHICS

Vorobiev A. A., Donika A. D.,**Gorelik I. M., Andryushchenko F. A.**Rehabilitation of combatants:
ethical and medical approaches 39

EVENTS

Vigel N. L.A new view on the philosophy of medicine
(Review of the textbook by N. N. Sedova
"Philosophy of Medicine") 44

MEMORY OF A FRIEND 47

Редакторская заметка

УДК 614.253:34С

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2023-16-1-3-5>

Гуманитарная экспертиза в медицинском образовании

Наталья Николаевна Седова

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Аннотация. Современная ситуация в высшем медицинском образовании отличается большой степенью неопределенности. Это выражается в тенденции перманентного пересмотра образовательной нагрузки. Так, в конце 1990-х годов была упразднена субординатура, совсем недавно высшая медицинская школа лишилась интернатуры, а сейчас все изучаемые предметы разделены на профильные и непрофильные, причем последние претерпевают постоянные сокращения учебных часов. Особенно страдают гуманитарные науки, в том числе основа основ медицинской деятельности – биоэтика. Создается впечатление, что студентам дают профессиональные знания, но не показывают, как их применять, руководствуясь принципами гуманизма. В этой связи необходимо обратиться к последним государственным документам, которые определяют направление нравственной подготовки молодых профессионалов и, прежде всего, будущих врачей. Их анализ показывает, что государство заинтересовано в подготовке не просто классных специалистов, а профессионалов, нравственно ориентированных на добро, сострадание и понимание.

Ключевые слова: гуманитарные науки, гуманитарная экспертиза, культурная политика, медицина, высшее образование, Указ Президента

Статья опубликована 15.05.2023.

Editorial note

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2023-16-1-3-5>

Humanitarian expertise in medical education

Natalia N. Sedova

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

Abstract. The current situation in higher medical education is characterized by a high degree of uncertainty. This is expressed in the trend of permanent revision of the educational load. So, in the late 90s, the subordination was abolished, most recently the higher medical school lost its internship, and now all the subjects studied are divided into core and non-core, and the latter are undergoing constant reductions in teaching hours. The humanities are especially affected, including the basis of the foundations of medical activity – bioethics. It seems that students are given professional knowledge, but they are not shown how to apply it, guided by the principles of humanism. In this regard, it is necessary to turn to the latest state documents that determine the direction of the moral training of young professionals and, above all, future doctors. Their analysis shows that the state is interested not only in training top-notch specialists, but in professionals morally oriented towards kindness, compassion and understanding.

Keywords: humanities, humanitarian expertise, cultural policy, medicine, higher education, Presidential Decree

Submitted: 15.05.2023.

В начале этого года – 25 января – Президент Российской Федерации В.В. Путин подписал Указ «О внесении изменений в Основы государственной культурной политики, утвержденные Указом Президента Российской Федерации от 24 декабря 2014 г. № 808» [1]. Внесенные изменения направлены на

укрепление культурного суверенитета России и на формирование соответствующего культурного статуса ее граждан. Утвержденные Президентом изменения развивают направления, зафиксированные в его Указе от 9 ноября 2022 г. № 809 «Об утверждении Основ государственной политики по сохранению и

укреплению традиционных российских духовно-нравственных ценностей». В соответствии с этим Указом особая роль отводится системе образования, а в январском Указе прямо констатируется: «подраздел "В области гуманитарных наук" изложить в следующей редакции:

В области социальных и гуманитарных наук.

Приоритетное развитие социальных наук как наук об обществе и межличностных отношениях внутри него и гуманитарных наук как наук о человеке, его внутреннем мире, духовной, нравственной, культурной и общественной деятельности.

Проведение необходимых фундаментальных и прикладных исследований в сфере социальных и гуманитарных наук.

Повышение качества подготовки научных и научно-педагогических кадров в сфере социальных и гуманитарных наук».

Как может быть выполнено указание Президента в области высшего медицинского образования?

Очевидно, что основная нагрузка по реализации положений этого Указа ложится на плечи преподавателей гуманитарных наук, что не снимает ответственности и с преподавателей профильных дисциплин. Однако существует определенный отрыв в изучении профильных и непрофильных дисциплин, они пока не интегрированы в целостную модель подготовки будущих врачей.

Действительно, ответственность за обучение и воспитание по сохранению и укреплению традиционных российских духовно-нравственных ценностей распространяется на весь педагогический коллектив вуза. В связи с этим целесообразно проведение гуманитарной экспертизы преподавания профильных дисциплин в медицинских образовательных учреждениях, по результатам которой можно было бы сформировать долгосрочную

Программу духовно-нравственного среднего профессионального, высшего додипломного и последипломного образования в системе подготовки медицинских работников всех уровней. Реализация такой Программы отвечала бы современным требованиям формирования позитивных социальных установок медицинских работников и активной жизненной позиции молодежи.

Проведение гуманитарной экспертизы можно организовать в несколько этапов:

1. Создание рабочей группы из специалистов гуманитарных кафедр.

2. Анализ рабочих программ специальных дисциплин на предмет ценностных составляющих учебного курса.

3. Мониторинг уровня и содержания духовно-нравственных ориентаций обучающихся и преподавателей.

4. Разработка рекомендаций для создания вышеуказанной Программы.

В настоящее время воспитательная функция реализуется, в основном, во внеучебной работе, необходимо усилить ее и в основной образовательной сфере – в учебном процессе, опираясь на ориентиры, сформулированные в Указе Президента. Для этого целесообразно провести методологические семинары для заведующих профильными кафедрами на тему «Гуманитарное знание в подготовке врачей». В программу семинара можно включить:

1. Краткую информацию заведующих гуманитарными кафедрами о тематике и содержании изучаемых на этих кафедрах предметах.

2. Обсуждение вопроса о том, как эффективнее использовать полученные гуманитарные знания в изучении профильных предметов?

3. Обсуждение вопроса о том, как лучше использовать специальные медицинские знания в преподавании гуманитарных предметов?

По результатам такого обсуждения целесообразно подготовить методическое пособие «Методы интеграции медицинского и гуманитарного знания в учебном процессе».

Нужно сказать, что в журнале «Биоэтика» подобные вопросы уже поднимались [2, 3, 4], но практических примеров подобной работы пока нет. Возможно, помочь в их решении сможет создаваемая по инициативе председателя Координационного совета по совершенствованию гуманитарного образования в медицинских вузах России профессора В.И. Моисеева Ассоциация медико-гуманитарного развития БРИКС (АМЕГРА). Редакция журнала будет активно способствовать работе этой структуры.

Дополнительная информация

Источник финансирования. Автор заявляет об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Конфликт интересов. Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Additional Information

Funding source. The author states that there is no external funding for the study.

Competing interests. The author declares the absence of obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. «О внесении изменений в Основы государственной культурной политики, утвержденные Указом Президента Российской Федерации от 24 декабря 2014 г. № 808»: Указ Президента Российской Федерации от 25.01.2023 г. № 35. URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/39208>.
2. Костенко С.А., Власов С.Н. Сетевая форма преподавания биоэтики // *Биоэтика*. 2022. Т. 15. № 1. С. 63–64.
3. Моисеев В.И., Моисеева О.Н. Судьба медико-гуманитарного образования в России // *Биоэтика*. 2022. Т. 15. № 1. С. 24–32.
4. Пронин М.А., Седова Н.Н., Петров А.В. Совещание заведующих кафедрами социально-гуманитарных дисциплин медицинских вузов России // *Биоэтика*. 2021. Т. 14. № 1. С. 63–65.

REFERENCES

1. "On Amendments to the Fundamentals of State Cultural Policy, approved by Decree of the President of the Russian Federation of December 24, 2014 No. 808". Decree of the President of the Russian Federation of January 25, 2023 No. 35. (in Rus.) URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/39208>.
2. Kostenko S.A., Vlasov S.N. Network form of teaching bioethics. *Bioetika = Bioethics*. 2022;15(1):63–64. (in Rus.).
3. Moiseev V.I., Moiseeva O.N. The fate of medical and humanitarian education in Russia. *Bioetika = Bioethics*. 2022;15(1):24–32. (in Rus.).
4. Pronin M.A., Sedova N.N., Petrov A.V. Meeting of heads of departments of social and humanitarian disciplines of medical universities in Russia. *Bioetika = Bioethics*. 2021;14(1):63–65. (in Rus.).

Информация об авторе

Н.Н. Седова – доктор философских наук, доктор юридических наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, руководитель Высшей школы медицинской гуманитаристики Института общественного здоровья ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, член Российского Unit Международной сети кафедр биоэтики ЮНЕСКО, член РБК при Комиссии Российской Федерации по делам ЮНЕСКО, член IFT (Международный Форум преподавателей биоэтики), Волгоград, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6775-0787>, Scopus Authors ID: 378269, E-mail: nns18@yandex.ru

Information about author

Natalia N. Sedova – Doctor of Philosophy, Doctor of Law, Professor, Honored Scientist of the Russian Federation, Head of the Higher School of Medical Humanities of the Institute of Public Health of the Volga State Medical University of the Ministry of Health of Russia, member of the Russian Unit of the International Network of UNESCO Bioethics Departments, member of the RBC at the Commission of the Russian Federation for UNESCO, member of the IFT (International Forum of Teachers Bioethics), Volgograd, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6775-0787>, Scopus Authors ID: 378269, E-mail: nns18@yandex.ru

Обзор

УДК 140.80

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2023-16-1-6-11>

Экзистенциальная терапия шумерско-аккадской цивилизации: чему учит опыт предков?

Константин Владимирович Иванов*Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия*

Аннотация. Терапия экзистенциального дистресса incurable больных не менее важная задача паллиативной медицины, чем купирование физической боли. Вместе с тем ненадежность используемых в данной области средств, отмечаемая специалистами, вынуждает обратить внимание на их альтернативу в виде психоделиков-энтеогенов, чей терапевтический потенциал, судя по содержанию мировой мифологии, был хорошо известен нашим далеким предкам.

Исследование этого кладезя информации об историческом опыте человечества могло бы многое объяснить в вопросе «исторической амнезии» общества в отношении данных субстанций и, возможно, что-то изменить в нынешнем походе к пользе умирающих.

Цель: исследовать причину запрета архаичной практики использования энтеогенов и выяснить источник современной танатофобии на модели первой в человеческой истории высокой цивилизации Шумера и Аккада.

Методы: анализ литературных источников, исторический метод, системный подход.

Результаты. Определена роль использования энтеогенов в терапии танатофобии. Доказано деструктивное влияние на производственную сферу архаичной традиции свободного в рамках культа доступа к данным субстанциям, угрожавшего самому существованию цивилизации.

Заключение. Предлагаемый краткий анализ известного сюжета месопотамской мифологии «Полет Этаны» позволяет усмотреть в нем литературно-художественное свидетельство действенности архаичной традиции использования энтеогенов в качестве средства терапии танатофобии. Вместе с тем раскрывается противоречивый характер влияния данной практики на духовно-психологические и общественно-экономические основы шумеро-аккадской цивилизации, объясняется причина объективно-исторического запрета на применение энтеогенов с иллюстрацией экзистенциальных последствий этого события для населения Двуречья.

Ключевые слова: энтеогены, перинатально-трансперсональный опыт, «феминизация» сознания, цивилизация, запрет на психоактивную магию, экзистенциальный кризис

Статья поступила 16.01.2023; принята к публикации 18.02.2023; опубликована 15.05.2023.

Review

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2023-16-1-6-11>

Existential therapy of the Sumerian-Akkadian civilization: what the ancestral experience teaches

Konstantin V. Ivanov*Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia*

Abstract. Therapy of existential distress of incurable patients is no less important task of palliative medicine than, in fact, relief of physical pain. At the same time, the unreliability of the means used in this field, noted by experts, forces us to pay attention to their alternative in the form of psychedelics-entheogens, whose therapeutic potential, judging by the content of world mythology, was well known to our distant ancestors. The research of this storehouse of information about the historical experience of mankind could explain a lot about the "historical amnesia" of society in relation to these substances, and perhaps change something in the current campaign for the benefit of the dying.

Aim: to investigate the reason for the prohibition of the archaic practice of using entheogens and to find out the source of modern thanatophobia on the model of the first high civilization of Sumer and Akkad in human history.

Methods: Analysis of literary sources, the historical method, a systematic approach.

Results: The role of the use of entheogens in the therapy of thanatophobia is determined. The destructive influence on the production sphere of the archaic tradition of free access to these substances within the cult, which threatened the very existence of civilization, is proved.

Conclusion: The proposed brief analysis of the well-known plot of Mesopotamian mythology "The Flight of Etana" allows us to see in it literary and artistic evidence of the effectiveness of the archaic tradition of using entheogens as a means of thanatophobia therapy. At the same time, the contradictory nature of the influence of this practice on the spiritual, psychological and socio-economic foundations of the Sumerian-Akkadian civilization is revealed, the reason for the objective-historical ban on the use of entheogens is explained, with an illustration of the existential consequences of this event for the population of the Mesopotamia.

Keywords: entheogens, perinatal-transpersonal experience, "feminization" of consciousness, civilization, prohibition of psychoactive magic, existential crisis

Submitted 16.01.2023; accepted 18.02.2023; published 15.05.2023.

Невысокая эффективность современных паллиативных методик борьбы с экзистенциальным дистрессом инкурабельных больных объясняет неослабевающий интерес части специалистов к психоделикам-энтеогенам¹ как средству, способному стать решением проблемы. Научные исследования, ведущиеся в этом направлении в ряде стран с 50-х годов прошлого века, заново открыли мощный психотерапевтический потенциал данных субстанций, когда-то отринутый, а позже и забытый цивилизованным человечеством ради задачи обустройства комфортной земной жизни. Ярким свидетельством тому выступает мифология шумеро-аккадской культуры, в которой тема преодоления страха смерти (обретения уверенности в существовании благого бессмертия души) посредством переживания мистико-экстатического опыта, генерированного энтеогенами, равно как причин и духовных последствий принудительного отказа общества от данной практики, является одной из центральных. Характерным примером такого рода служит сюжет «Полет Этаны», известный по фрагментарно дошедшим до нас аккадским источникам II – начала I тыс. до н. э., героем которого считается упомянутый в «Царских списках» одноименный правитель города Киша – великий лугаль, ставший первым военно-политическим гегемоном в истории по-слепопного Шумера.

Итак, согласно данному преданию, «царь царей» Этана долгое время страдал от отсутствия наследника. Бесконечные молитвы и обильные жертвоприношения не давали никакого результата, пока на них не откликнулся бог Шамаш, посоветовавший герою достать в обители богов «траву рождения», помочь

с чем ему мог бы орел, который за нарушение некоего мирного договора со змеей медленно умирал в это время в глубокой яме голодной смертью. Оказывается, до определенного момента орел и змея соседски жили в сени одного дерева (орел, как и положено, в ветвях, а змея – в корнях), пока однажды в сердце орла не «поселилось зло», и он не отнес змеиных детенышей на съедение своим птенцам... Разгневанная змея обратилась к Шамашу, который, будучи гарантом соглашения, подсказал ей, как наказать вероломную птицу. Вняв совету, та спряталась в туше мертвого быка, и когда орел подлетел к туше подкрепиться, внезапно напала на него, сломала ему крылья и столкнула в яму.

В конечном итоге Этана находит искалеченного орла, долго выхаживает его, тот выздоравливает и в благодарность за спасение берется поднять героя на «небо Инанны» за «травой рождения». Этана обхватывает руками могучую птицу и видит под собой стремительно уменьшающуюся землю... А далее имеются в наличии два оборванных варианта сказания. В первом случае оба персонажа благополучно достигают небес и почтительно кланяются верховным богам, а во втором – Этана впадает в панику, молит вернуть его обратно, и даже срывается вниз, однако орел успевает поймать его над самой землей...

Несмотря на неполный текст и бытующую трактовку сюжета в духе мотива утверждения института династической преемственности, убедительно выглядит и его интерпретация в контексте базовых представлений этномикологии², истмата и трансперсональной психологии. При таком подходе показательна, прежде всего, известная образная триада шумеро-аккадской мифологии «дерево – змея – орел», представляющаяся очевидной зооморфно-растительной

¹ Энтеогены (от др.-греч. «порождающие божественное вдохновение») – особый класс психоактивных субстанций органического происхождения, высшим свойством которых является способность вызывать мистико-экстатические состояния сознания.

² Этномикология – научная дисциплина, изучающая влияние психоактивных грибов (и растений) на процессы антропо- и культурогенеза.

аллегорией мистико-экстатических состояний сознания, вызываемых действием органических энтеогенов. Здесь все прозрачно: «физическая» привязка животных к дереву указывает на их фактическую *зависимость* от него, а сами животные, соотносённые с соответствующими частями растения, обозначают ключевые стадии полноценного перинатально-трансперсонального опыта. Данным термином знаменитый психиатр С. Гроф обозначил описанные в многочисленных мифологических и религиозных источниках потусторонние «путешествия», проходящие по общей схеме «смерть – возрождение». Опираясь на данные, полученные в результате проведения нескольких тысяч сеансов глубоко изменённых состояний сознания, вызванных воздействием психоделиков и приемов холотропного дыхания, он сделал вывод, что в своей основе мистико-экстатический опыт является редукцией психики к базовым типам переживаний плода во время процесса биологического рождения, полностью укладывающихся в указанную «формулу». Имеется в виду драматическая последовательность «отчаяние травмоопасного продвижения по родовому каналу с угрозой асфиксии вплоть до ощущения наступления аннигиляции (символическая смерть) – эйфория выхода наружу и начала существования в качестве анатомически самостоятельного объекта (символическое возрождение)». При этом перинатальные переживания, по мнению ученого, являются своеобразным «порталом» в трансперсональное измерение бытия, традиционно обозначаемое понятиями «Божественная реальность», «Абсолютная пустота», и т.п. Данное утверждение исследователя обусловлено наличием феноменов, устойчиво повторяющихся в такого рода экстраординарных психических состояниях, не объяснимых с точки зрения научно-материалистических воззрений на природу и возможности человеческой психики – от наблюдения реальных событий, происходящих в данный момент вне досягаемости органов чувств до неverifiedируемых видений сверхчеловеческих сущностей и даже полного отождествления с ними [1, с. 469]. Как бы там ни было, для людей, лично испытавших такого рода переживания, они обладают высшей степенью подлинности и нередко рассматривается как важнейшее биографическое событие, коренным образом преобразующее отношение к жизни и смерти [2, с. 346].

Таким образом, принимая во внимание данную информацию, нетрудно увидеть в живущей в корнях дерева змее (хтоническое измерение) явную аллерию символической смерти как необходимого условия последующего воскрешения-бессмертия, пред-

ставленного, в свою очередь, образом обитающей в кроне растения «небесной» птицы.

Далее, с учетом известной наглядной практичности и мифологической «нерасчлененности» менталитета жителей Древней Месопотамии, не менее «прозрачным» выглядит и образ желанного сына-наследника как своеобразной приземленно-телесной метафоры вечной жизни... При этом сам мотив отсутствия «наследника» указывает на еще одну прямо ассоциированную с энтеогенами «знаковую» тему шумеро-аккадской мифологии. Речь идет об очевидно просматривающихся в ее произведениях указаниях на глубокий духовно-экзистенциальный кризис, поразивший население цивилизованного Двуречья в результате введения государственного запрета на культовое использование энтеогенов.

Как представляется, причиной такого исторического запрета явился феномен так называемой «феминизации» сознания³ – специфического последствия переживания опыта символического воскрешения, проявляющегося в виде состояния длительного пассивно-созерцательного умиротворения, абсолютно не совместимого с требованиями цивилизационного способа существования, подразумевающего, прежде всего, активное участие индивида в общественно-производственной практике⁴. И хотя в нашей мифе на этот счет нет никаких указаний, однако они усматриваются при анализе ряда произведений аналогичной тематики, наиболее прямо – в аккадском эпосе о Гильгамеше в сценах инициации Энкиду жрицей энтеогенного культа богини Инанны Шамхат и последующей жалобы героя на *результат* этого культового действия [4]. В эпоху позднего энеолита – ранней бронзы – пока еще доступные энтеогены, будучи наиболее простым и эффективным средством обретения религиозно-экстатических переживаний (и, соответственно, их означенных «издержек»), окончательно превратились в глазах сформировавшегося государства в прямую угрозу сложившемуся общественно-экономическому укладу, основанному на системе регулярного производства, в рамках которого главным залогом стабильности и развития является энергичное и максимально рациональное отношение широких масс населения (производительных сил) к окружающему миру.

³ Выражение классика этномикологии Т. Маккенны, по сути равнозначное термину С. Грофа «целостность сознания», или же «холотропный (от др.-греч. «направленный к целостности») модус существования» [1].

⁴ По данным директора паллиативной службы медицинского центра Колумбийского университета Крейга Блайндермана, стойкий умиротворяющий эффект сеанса психоделиновой терапии сохраняется на протяжении не менее пяти недель (и до, предположительно, полугода) [3, р. 1206.].

Впрочем, не лишним будет упомянуть, что шумеро-аккадская мифология вовсе не проявляет при этом однобоко-прямолинейный подход к энтеогенам, отдавая должное влиянию их эвристического потенциала на изобретение «прорывных» производственных технологий и цивилизационных ценностей, как это можно понять, хотя бы, из текста предания «Инанна и Энки» [5, с. 122]. Другое дело, что на определенном этапе исторического развития они неизбежно – в силу озвученной причины – превратились в сдерживающий фактор прогресса и даже прямую угрозу самому существованию цивилизации. Все это хорошо видно на примере Адапы – культурного героя, олицетворяющего эпоху сосуществования в Шумере производящего хозяйства и энтеогенной магии и, в конечном итоге, восставшего против этой архаичной традиции, когда она превратилась в помеху эффективному осуществлению его производственных функций [6, с. 186].

В нашем случае о данном запрете свидетельствует туша мертвого быка, в которой прячется змея перед тем, как напасть на орла. Дело в том, что крупный рогатый скот – неотъемлемый атрибут еще палеолитических и неолитических экстатических культов Африки и Ближнего Востока, что, по данным этномикологии, объясняется весьма прозаическим фактом: его помёт является естественной «ресурсной базой» произрастания главного энтеогена Архаики – магических псилоцибиновых грибов-сапрофитов [7, с. 378]. Другими словами, перед нами явная аллюзия на «труп» энтеогенной магии, ведь образ *мертвого* быка подразумевает идею пресечения самой физической возможности ее существования... О государственной природе запрета, в свою очередь, говорит то обстоятельство, что тушу быка змее предоставляет лично Шамаш – бог-«государственник», небесный покровитель шумерских лугалей, срубивших бронзовым топором «священную рощу» его сестры-соперницы Инанны-Иштар.

Показательно при этом, что именно царь выступает в сюжете в качестве *бездетного* пострадавшего – еще один характерный мотив шумеро-аккадской мифологии, которая изображает царей и культурных героев первыми жертвами их же собственного исторического табу на энтеогены, наглядно эксплицируя, таким образом, прямую связь его причины и следствия... О том, что это явление носило в Шумере и Аккаде универсальный характер, свидетельствует относительное многообразие подобных сюжетов со своими собственными героями, а также сама географическая локализация преданий. Говоря определенно, это история не только царя города Киша Этаны,

но и Адапы из Эриду, равно как и Думузи с Энкиду и Гильгамешем из Урука.

Может показаться, что представляемая трактовка сюжета полностью опровергается тем простым обстоятельством, что экстатическое «путешествие» главного героя на Небеса осуществляется, согласно тексту, с целью самого *завладения* энтеогеном, что, вроде бы, исключает данное средство в качестве «движущей силы» «полета». Однако в шумеро-аккадской мифологии орел, живущий в кроне магического дерева, является зооморфным символом посреднического потенциала именно растительных психоделиков, иллюстрацией чему в нашем сюжете является также и параллельная привязка этого животного к «быку»-энтеогену как в буквальном смысле *пище*, являющейся необходимым источником сил для его «полетов» и существования вообще... Потому присутствующий в повествовании алогизм, помещающий ужасающий экстатический полет впереди находящейся на небесах «травы» – всего лишь художественный прием, акцентирующий внимание на энтеогенах как единственно надежном в глазах жителей Древней Месопотамии средстве получения *эмпирического* свидетельства блаженного бессмертия души⁵.

Тему исключительной значимости энтеогенной магии в качестве своеобразной «прививки бессмертия» обозначает в предании и мотив безрезультативности всех попыток героя решить проблему собственного «бесплодия» посредством вербально-ритуальных психопрактик, ведь даже «достучавшись до небес» с их помощью, Этана слышит, что спасти его может только небесный орел... Вообще логично предположить, что криминализация энтеогенов в постархаичных культурах с одновременным одобрением альтернативных им психопрактик являлись своеобразной адаптивной уловкой цивилизации, позволявшей «отсекать» основную массу обывателей от соблазна «живых» религиозно-экстатических переживаний, чреватых указанными «осложнениями», вместо чего всячески поощрялась *чистая* «ритуально-догматическая» модель веры. Имеется в виду известная *проблемность* неэнтеогенных психотехник (в первую очередь аскезы) в плане их серьезной *трудозатратности* для индивида и самой способности обеспечивать надежный доступ к перинатально-трансперсональным состояниям сознания с гарантированным результатом в виде переживания опыта

⁵ Этот же приём используется и в сказании о «путешествии» в Царство мёртвых хозяйки магического древа шумеров «хулуппу» богини Инанны, которая, «каким-то» образом спустившись в Преисподнюю, выбирается оттуда при помощи специально доставленной для неё извне «травы жизни».

символического возрождения. К примеру, Адапа, даже попав посредством аскезы «на прием» к верховному богу Ану, лишается-таки им бессмертия (веры в вечную жизнь) из-за отказа вкусить «хлебы и воды жизни»...

Очевидно, что в условиях цивилизации именно отсутствие «живого» эмпирического опыта в области запредельного и стало главной причиной постепенного выхолащивания религиозного сознания у населения Шумера, что проявилось в форме деградации взглядов на посмертное бытие души, представлявших его как безрадостное существование безжизненной тени в Подземном мире... Стоит уточнить, что эти «зауженные» представления о загробной жизни, воспринимавшиеся сейчас как историческая «норма», были записаны не ранее конца III тыс. до н. э. (то есть в эпоху уже «перезрелого» Шумера) и не отражают исходной ситуации. Даже с учетом того обстоятельства, что сами предания намного старше письменных текстов, неоспоримым фактом является наличие в них многочисленных указаний на психологическую гармонию «Золотого века», полностью опровергающих эту знакомую нам унылую картину. Тот же Адапа, к примеру, лишается Аном бессмертия с формулировкой, которая не оставляет на этот счет никаких сомнений: «Теперь ты не будешь жить, теперь человек не вечен!»

Отсюда возникает и ответ на естественный вопрос о причине странного поведения Шамаша, внезапно нарушившего – тем более ради царя – принципиальный запрет на энтеогенную магию. Между тем, мотив «реабилитации» господствующим классом в своих интересах этой традиционной архаичной практики – такой же характерный элемент произведений «героического круга» литературы месопотамских деспотий, как и все перечисленные выше.

Воскрешение Думузи в «сияющем, лазурном тоне» в храме Инанны, прощение и благословение Шамхат умирающим Энкиду, возжеланный Гильгамешем «цветок бессмертия», обретенная после заботы о птенце все того же орла способность Лугальбанды летать – художественно-мифологические аллегории такого рода. Очевидно, что данное «самоисключение» из собственного правила было вызвано осознанием шумеро-аккадской элитой тщетности своих попыток обеспечить уверенность в посмертном благополучии посредством приемлемо-легитимных в рамках цивилизации средств.

При этом миф говорит именно об исключении из общего правила, а не о тотальном снятии установленного запрета, поскольку продвигает – как само собой разумеющееся положение дел – абсурдный

с точки зрения «целостного» сознания раннего Шумера тезис о мирном сосуществовании змеи и орла, осуждая при этом последнего за покушение на данную «гармонию». Понятно, что такая позиция авторов произведения отражает (а заодно и закрепляет) не только осуждающую позицию по отношению к энтеогенам, но и уже сформировавшийся в результате рассматриваемого ограничения и устоявшийся в массовом сознании месопотамцев скепсис относительно возможности *полноценного* посмертного бытия души, фокусируя таким образом внимание населения на вопросе обеспечения «единственно возможной» для него формы благополучия в виде комфорта посюстороннего существования.

Тем не менее, сам по себе сюжет остается важным свидетельством очевидной для современников исключительной эффективности энтеогенной психотерапии, что выражается в достижении Этаны своей цели. Здесь следует пояснить, что падение с высоты во второй версии предания, традиционно трактуемое комментаторами как полное фиаско героя, является ничем иным, как вариацией единого повествования, а именно типичным описанием драматического момента смерти – возрождения в рамках переживания экстатического опыта, о чем говорит поимка Этаны орлом «в трех локтях от земли». Лучшей иллюстрацией этому утверждению служит сам «Царский список», где великий лугаль обозначен как «тот, что вззошел на небеса», тем более что сразу за этим там же указан и «Балих, сын Этаны»...

Дополнительная информация

Источник финансирования. Автор заявляет об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Конфликт интересов. Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Additional info

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Competing interests. The author declares that he has no competing interests.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Гроф С. Величайшее путешествие: сознание и тайна смерти. М.: АСТ, 2008. 476 с.
2. Гроф С. Путешествие в поисках себя. М.: АСТ, 2008. 352 с.
3. Иванов К.В. «О все издавшем», или эпос о Гильгамеше как реквием по Архаике // Размышления о Человеке: коллек-

тивная монография / Н.Н. Седова, К.С. Смирнов, Г.С. Табатадзе [и др.]. Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2021. С. 50–75.

4. Иванов К.В. Дерево хулуппу и его роль в истории шумерской цивилизации // Размышления о Человеке: коллективная монография / под редакцией Н. Н. Седовой. Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2019. С. 102–114.

5. Blinderman C.D. Psycho-existential distress in cancer patients: a return to «entheogens» // Journal of Psychopharmacology. 2016. Vol. 30 (12). P. 1206.

6. Иванов К.В. Шумеры: сюжет о падении, или миф об Адапе // Размышления о Человеке: коллективная монография / под редакцией Н. Н. Седовой. Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2020. С. 56–69.

7. Маккенна Т. Пища богов. М.: Изд-во Трансперсонального Института, 1995. 374 с.

REFERENCES

1. Grof S. The Ultimate Journey. Consciousness and the Mystery of Death. Moscow, AST Publ., 2008. 476 p. (in Rus.).

2. Grof S. Adventure of Self-Discovery. Moscow: AST, 2008. 352 p. (in Rus.).

3. Ivanov K.V. The Epic of Gilgamesh as the Requiem for the Archaic. *Razmyshleniya o Cheloveke: kollektivnaya monografiya = Reflections on a person: a collective monograph*. N.N. Sedova, K.S. Smirnov, G.S. Tabatadze et al. Volgograd: Publishing House of VolgSMU, 2021:50–75. (in Rus.).

4. Ivanov, K.V. The Huluppu Tree and its Role in History of Sumerian civilization. *Razmyshleniya o Cheloveke: kollektivnaya monografiya = Reflections on a person: a collective monograph*. Edited by N. N. Sedova. Volgograd, Publishing House of VolgSMU, 2019:102–114. (in Rus.).

5. Blinderman C.D. Psycho-existential distress in cancer patients: a return to «entheogens». *Journal of Psychopharmacology*. 2016;30(12):1206.

6. Ivanov K.V. The Sumerians: the Story of the Fall, or the Myth of Adapa. *Razmyshleniya o Cheloveke: kollektivnaya monografiya = Reflections on a person: a collective monograph*. Edited by N. N. Sedova. Volgograd, Publishing House of VolgSMU, 2020:56–69. (in Rus.).

7. McKenna T. Food of the Gods. Moscow: Institute of Transpersonal Psychology Publ., 1995. 374 p. (in Rus.).

Информация об авторе

К.В. Иванов – старший преподаватель кафедры философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины, Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия, ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3025-9254>, E-mail: konst.ivanoff2015@yandex.ru

Information about author

Konstantin V. Ivanov – senior lecturer of the Department of philosophy, bioethics and law with the course of sociology of medicine, Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia, ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3025-9254>, E-mail: konst.ivanoff2015@yandex.ru

Review

УДК 172.140.80

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2023-16-1-12-16>

Early Hellenic Anticipations of Logocentrism and Homocentrism

Zeliko Kaluderovic^{✉1}, Zorika Kaluderovic-Mijartovic², Orkhan Yashic³

¹ University of Novi Sad, Novi Sad, Republic of Serbia

² National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Hellenic Republic

³ University of Tuzla, Tuzla, Bosnia and Herzegovina

Abstract. In this article, the intention of the authors is to show that hints of logocentric and homocentric views of the world, as the foundations of the modern civil era, despite the structural obstacles in their concepts, can be found in the works of the first Hellenic thinkers, and particular attention will be paid to the preserved fragments of the Pre-Socratics who are of interest for this research. The authors identified that indications of such approaches may be found in Pythagoreans, Parmenides, Empedocles, Anaxagoras, and Democritus. Still, the early Greek philosopher who most obviously anticipated the latter homocentric views was Alcmaeon of Croton. His opinion that the man is different from other animals because he alone has understanding, while other animals have sensation but do not understand, represents a sign of the statements of numerous subsequent writers that *logos* abilities may be allocated only to humans and that the man has ontological primacy in regard to the so-called non-human living beings.

Keywords: Hellenic, anticipation, logocentrism, homocentrism, Pre-Socratics, thinking, sensation, (bio)ethics

Submitted 26.12.2022; accepted 18.02.2023; published 15.05.2023.

Обзор

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2023-16-1-12-16>

Элементы логоцентризма и гомоцентризма в ранней греческой философии

Желько Калуджерович^{✉1}, Зорика Калуджерович-Мияртович², Орхан Яшич³

¹ Нови-Садский Университет, Нови-Сад, Республика Сербия

² Афинский национальный университет имени Каподистрии, Афины, Греция

³ Университет Тузлы, Тузла, Босния и Герцеговина

Аннотация. Цель данной статьи – доказать, что в мировоззренческих установках первых греческих мыслителей можно обнаружить элементы логоцентризма и гомоцентризма как основные составляющие современного мира, несмотря на сложности структурного характера, лежащие в основе их учения. Особое внимание обращается на сохранившиеся фрагменты трудов досократиков, которые занимались данным вопросом. Авторы обнаружили, что данный подход наличествует в трудах Пифагора, Парменида, Эмпедокла, Анаксагора и Демокрита. Большой акцент на гомоцентричные воззрения сделал Алкмеон Кротонский, утвердивший, что человек отличается от животных, поскольку наделен разумом, а у животных есть ощущения, но они не наделены разумом. Данная точка зрения представляет собой типичный подход многих других писателей, утверждающих, что Логос может находиться только в человеке, и поэтому он имеет преимущества онтологического характера перед так называемыми нечеловеческими существами.

Ключевые слова: греческий, элементы, логоцентризм, гомоцентризм, досократики, мышление, ощущение, этика

Статья поступила 26.12.2022; принята к публикации 18.02.2023; опубликована 15.05.2023.

Western civilization, whose vision of *cosmos* is still prevalently homocentric, finds the origin for its standing points in Judeo-Christian tradition and in the views of ancient Greek philosophers. The intention of the authors is to show that hints of logocentric and homocentric, i.e. anthropocentric [1] views of the world, as the foundations of the modern civil era, despite the structural obstacles in their concepts, can be found in the works of the

first Hellenic thinkers, and particular attention in the paper below will be paid to the preserved fragments of the Pre-Socratics who are of interest for this research ¹.

¹ Parts of this paper have been published in previous years in several shorter or longer editions and interpretations. It would be difficult to list all the changes, especially those related to the content and style we made in the edited version of the work. The changes were made to minimise occasional digressions

The Pythagorean Philolaus [2], in the book *On Nature* (*Peri physeos*) claims that there are four principles of rational animals (*Zoion tou logiku*): brain (*enkephalos*), heart (*kardia*), navel (*omphalos*) and genitals (*aidoion*). Philolaus makes a distinction between the centers of intellect and sensation (DK44B13), as far as "The head <is the location> of intellect, the heart of soul and sensations. The conclusion that 'wise Philolaus' (*Philolaus....sophos*) (DK44A14) is drawing is that the brain shows the principle of man, the heart principle of the animal, the navel principle of the plant, and the genitals the principle of all of them together, because everything flourishes and germinates from the seed".

In the notes of Alexander Polyhistor, it is said that he also found the information that to some extent opposes the general objection of Aristotle to the Pre-Socratics², that they do not distinguish the reason (*nous*) and thinking (*phronesis*) from sensation (*aisthesis*) and others aspect of the soul (*psyche*). In (DL, VIII, 30), we can notice that "The soul of man, he says, is divided into three parts, intelligence, reason, and passion. Intelligence and passion are possessed by other animals as well, but reason by man alone" (Λαέρτιος, Δ. Βίοι καὶ γνῶμαι τῶν ἐν φιλοσοφίᾳ εὐδοκμησάντων)³ [3].

What is evident from this fragment is that the soul (*psyche*), according to anonymous Pythagoreans, is the *genus proximum* "intelligence" (*nous*), "reason" (*phronesis*) [4] and "passion" (*thumon*). The seat of the soul extends from the heart to the brain. The "part" of the soul that is located in the heart is "passion," while "reason" and "intelligence" are "parts" that are in the brain [5]. The particularity of man's status is also manifested by the conclusion that "intelligence" and "passion" are "parts" of soul that is deadly and decaying, while "reason" is "part" of the soul that is immortal and undecaying.

Parmenides's "The Way of Truth" in the poem *On Nature* (*Peri physeos*), then, presents a sort of research on the real nature of reality and the relation of that reality to sensible phenomena. The main purpose of Eleatism, the preservation of beings, could only be achieved by the complete determination of the whole as immovable, full, indivisible, eternal... If the senses speak contrary to what is obtained by the *logos*, it might be said in the Hegelian manner, then so much the worse for the senses. Eleatic ontology, primarily, provides a true model of the existing, it exposes the structure of reality that is always the

same and which cannot be observed by the senses. The mental reality is true regardless of the fact that it can be inaccessible to sight so much that its expression can cause confusion in the opinion. The Eleatics showed that truth *Peri physeos* does not have to be on the side of what is sensibly appearing, i.e. of what is most easily presented by senses. The persistence and manifestation of truth, moreover, is in contradiction with the unsteadfastness and unreliability of sensory knowledge, so it is primarily in the sphere of thought⁴. In the prologue of his poem, Parmenides emphasizes the immutability of the rationally understood truth as we can see in fragment (DK28B1.28-30.) "It is right that you learn all things – both the unshaken heart of well-persuasive Truth and the beliefs of mortals, in which there is no true trust"⁵.

The most famous Eleatic philosopher in fragment 7 (DK28B7) says "Do not let habit, rich in experience, compel you along this route to direct an aimless eye and an echoing ear and tongue, but judge by reasoning (*logos*) the much-contested examination spoken by me"⁶. The real subject of knowledge for Parmenides is the domain of the *logos*. On the basis of the prologue of the poem *On Nature*, it can be implicitly concluded that one man ("philosopher of nature" (*physicos philosophos*), as Parmenides is named in DK28A11) acquired a privileged position in an unexplainable way, the truth is primarily in regards to other mortal people [6].

In Empedocles scripts, a century later, it is also possible to notice a contradiction between the fragmentary insight of the senses, i.e. sensation (*aistheseos*) and synthetic insight that arises by means of thinking i.e. *logos* (*logos*), which in some sense is synesthetic. Therefore he invited his disciple Pausanias (DK31B3.9-13) to act this way: "But come, look with every means of apprehension, in whatever way each thing is clear, not holding any sight more in trust than <what comes> through hearing" [7], "or loud-sounding hearing above the things made clear by the tongue, and do not at all hold back trust in any of the other limbs, wherever there is a channel for understanding, but understand each thing in whatever way it is clear"⁷. Although the Sicilian believes that all living be-

⁴ Met. 986b31-33. GC325a13-14.

⁵ Curd, P. (ed.). A Presocratic Reader. Indianapolis, Hackett Publishing Company, Inc., 2011, p. p. 57, B1.28–30. Diels, H., Kranz, W. Die Fragmente der Vorsokratiker I. Zürich. Hildesheim, Weidmann, 1985, s. s. 230, B1.28–30. (In German). See: DK28B5.

⁶ Curd, P. (ed.). A Presocratic Reader. Indianapolis, Hackett Publishing Company, Inc., 2011, p. 59, B7. Diels, H., Kranz, W. Die Fragmente der Vorsokratiker I. Zürich. Hildesheim, Weidmann, 1985, s. 234–235, B7. (In German).

⁷ Curd, P. (ed.). A Presocratic Reader. Indianapolis, Hackett Publishing Company, Inc., 2011, p. 81, B3.9-13. Diels, H., Kranz, W. Die Fragmente der Vorsokratiker I. Zürich. Hildesheim,

and introduce necessary clarifications caused by our subsequent insights due to the availability of additional literature, as well as for the purpose of a clearer and more fluid presentation.

² Met. 1009a38–1010a15.

³ URL: <http://www.mikrosapoplous.gr/dl/dl.html> (date accessed: 1.11.2022).

ings are thinking (*phronesis*) (DK31B110. DK28A46. DK28B16), he still makes a gradation and, through a kind of hierarchy of life, humans are above animals and animals are above plants. Within the human race, there is also a gradation according to this "sage of Acragas" (*Acragantinos Sophos*) (DK31B134). The souls of those wise men who have come to one step from deification assume the highest forms of humanity. Medicine men, poets, doctors and rulers of other people are free from human problems and share a table with other immortals (DK31B146, DK31B147). Empedocles thought he possessed most of the above characteristics, so it is no wonder that in one sentence (DK31B112.4.) he speaks of himself as an immortal god no longer a mortal (DK31B146. Kaluđerović, Ž. "Sicilian Muse" and En-souled Beings. *forthcoming*).

The fact that things are neither simple in Anaxagoras works may be seen from his qualifications of the driving force or mind. *Nous* in his fragments has many features of the abstract principle ⁸ (DK59B12) considering that "The other things have a share of everything, but *Nous* is unlimited and self-ruling and has been mixed with no thing, but is alone itself by itself. ... For it is the finest of all things and the purest, and indeed it maintains all discernment (*gnōmē*) about everything and has the greatest strength. And *Nous* has control over all things that have soul, both the larger and the smaller. And *Nous* controlled the whole revolution, so that it started to revolve in the beginning. ... nothing is completely separated off or dissociated one from the other except *Nous*" ⁹.

The philosopher from Clazomenae proves that man's mental powers are superior to the physical power of animals [8]. Anaxagoras, following the work of Diodorus, says that humans will master animals through unique experience (*empeirai*), memory (*mnemei*), wisdom (*sophiai*) and art (*techni*) (DK59B21b). The confirmation of this thesis can also be found in the well-known Aristotle's

view in the *Parts of Animals* (*Peri Zoon morion*) (687a7-12). According to this interpretation, Anaxagoras considers that man is the most intelligent of all living beings (*phronimotaton einai ton zoon anthropon*), and as the reason for this he states the fact that man has hands (*to kheiras ekhein*) [9].

Sextus Empiricus, then, states that according to Democritus who was some forty years younger than Anaxagoras, there are two kinds of knowledge (*gnoseis*) [10], one of which is acquired by senses (*aistheseon*) and the other by understanding (*dianoias*). The knowledge gained by reason "the Mocker" (*Gelasinos*) (DK68A2. DK68A21. DK68A40. DK68C3) calls a legitimate one and attributes certainty to it in the study of truth, and the one acquired by the senses Abderitian considers the bastard and does not attribute certainty to it in finding out the truth (DK68A105. DK67A30).

Consult: DK68A135(58)). Then, he elaborates the superiority of the true knowledge and adds (DK68B11) "When the bastard one is unable to see or hear or smell or taste or grasp by touch any further in the direction of smallness, but <we need to go still further> toward what is fine, <then the legitimate one enables us to carry on>" ¹⁰.

Democritus (and Epicurus) considers (DK68A105) that the soul has two "parts" (DK68A105) one rational (*logikon*) located in the chest and the unreasoning one (*alogon*), which is scattered throughout the body. The "part" of the soul that is suitable for guiding "Wisdom" (*Sophia*) (DK68A2) places in the head. The mind is the concentration of the soul in the head, i.e., the brain, similarly to the views of Anaxagoras (DK59A108), Diogenes of Apollonia [11], Alcmaeon, and later of Plato. Based on this, it can be concluded that the soul, according to Abderitian, is mind in the narrow sense, and that senses are something that is not a soul or something that is a lower form of the soul.

Although Democritus says that the need for posterity stems from the nature of all living beings, he, at the same time, thinks that a certain distinction between humans and animals should be established. The specific feature of the humans is that they are the only ones among the beings who have souls who think that some gain actually comes from offspring (DK68B278). In addition, in its "ethical" fragments ¹¹, an author "who seems to have

Weidmann, 1985, s. 310-311, B3.9-13. (In German). Consult: Wright, M. R. Empedocles The Extant Fragments. Indianapolis, Hackett Publishing Company, Inc., 1995, p. 162. DK28B7.4-5. DK28B6.6-7

⁸ Betegh, G. The Derveni Papyrus. Cambridge, Cambridge University Press, 2008, p. 281. DK21B25. DK22B32. DK22B41. DK22B108. Compare: Fritz, K. v. *Nous*, *Noein*, and Their Derivatives in Pre-Socratic Philosophy (Excluding Anaxagoras). In The Pre-Socratics. Alexander P. D. Mourelatos (ed.). New York, Anchor Press/Doubleday, 1974, pp. 23-85. Barnes, J. The Presocratic Philosophers Volume 2. London, Henley and Boston, Rotledge & Kegan Paul, 1979, pp. 103-110.

⁹ Curd, P. (ed.). A Presocratic Reader. Indianapolis, Hackett Publishing Company, Inc., 2011, p. 104, B12. Diels, H., Kranz, W. Die Fragmente der Vorsokratiker I. Zürich . Hildesheim, Weidmann, 1985, s. 37-39, B12. (In German). See: Met.984b15-19. Furlley, D. The Greek Cosmologists I. Cambridge, Cambridge University Press, 2006, p. 64.

¹⁰ Curd, P. (ed.). A Presocratic Reader. Indianapolis, Hackett Publishing Company, Inc., 2011, p. 122, B11. Diels, H., Kranz, W. Die Fragmente der Vorsokratiker I. Zürich . Hildesheim, Weidmann, 1985, s. 141, B11. (In German). See: Hussey, E. The Presocratics. Indianapolis, Bristol Classical Press, 1995, pp. 111-113. DK68A111.

¹¹ Kahn, C. H. Democritus and the Origins of Moral Psychology. In The American Journal of Philology, 1985, Vol. 106, No. 1, p. 1. Kaluđerović, Ž., Jašić, O., Kaluđerović Mijartović, Z.

thought about everything" [12] (*outos d' eoike men peri apanton phrontisai*) (GC315a35) (Trans. Ž. Kaluderović) emphasizes another characteristic of humans, which suggests not only the difference between humans and animals, but also the difference between the Greeks and barbarians, which can be sublimed in the term *paideia* (DK68B33, DK68B179, DK68B180, DK68B181, DK68B182, DK68B183, DK68B185, DK68B187) [13]. The Hellenes know the value of upbringing and education (*paideia*) for the transformation of human beings, which, according to the teachings that came out primarily from the Socrates' reception, peaks in philosophy. The shaping of a person in line with a certain sense and purpose through *paideia* also allows the creation of a man's "other nature", which is, in fact, his "first nature". Democritus observes that the mere natural existence of man is not the state in which he should remain, and that man as seen from his own vision represents a special event in the *cosmos*.

The particularity of man is expressed through his discernment that his own spiritual existence is represented as a non-natural, second-natural or as the highest point of his natural existence, that is, as a path of departure from natural existence.

A Pre-Socratic philosopher, however, most clearly anticipated a homocentric standpoint Alcmaeon of Croton believed that sensation (*aisthesin*) is a result of the interaction of dissimilar (*me...omoioi*) things (DK31A86.1). At the same time, he "first determines the difference between men and animals" [14] (*men proton phphorizei ten pros ta zoia diaphoran*) (DK24A5) (Trans. J. Barnes). Alcmaeon claimed that man is different from other "animals" because he alone has understanding, while other "animals" have sensation but do not understand. Crotonian puts this in the following words (DK24B1a): "He says that men differ from the other animals because they alone understand, whereas the others perceive but do not understand" ¹².

Unlike the opinion of other Pre-Socratics (DK31B103, DK31B110), according to Alcmaeon, there is no equality between thinking and sensation. That writer of the first 'treatise on nature' (*physicon logon*)

(DL,VIII,83) was right is visible from Aristotle's statement, without referring directly to the views of Crotonian, which states that the sensation is universal in the animal world, the thinking is found in only a small division of it [15].

"The founder of empirical psychology" (Burnet) correctly concluded that the brain, and not the heart is the centre of all sensory activities in the human organism (DK24A5) (Trans. Ž. Kaluderović) [16]: as far as "All the senses are connected with the brain in some way" (DK24A8. DK24A13. DK24A10) [17].

Perhaps Crotonian influenced Plato with this attitude, who describes him, also without mentioning the name, as saying that knowledge comes from the stability of memory and opinion, while memory and opinion come from hearing, sight and smell with the mediation of the brain (*Phaedo* (Phaidon (e peri phyches) 96b) [18]. Not only that in Alcmaeon's view there is a difference between thinking and sensation, but he also anticipates Stagirates' own theory of the development of higher functions ¹³, somewhat improving it by the identification of the brain as the centre of sensation [19].

The criterion of differentiation between humans and animals, which Alcmaeon states, is a kind of negation of his possible belief in the migrations of the soul (*panliggenesia*) ¹⁴ [20], but also a hint of later homocentric i.e. anthropocentric ¹⁵ claims about the ontological primacy of man in regard to other living beings.

Additional info

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Competing interests. The author declares that they have no competing interests.

Дополнительная информация

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Конфликт интересов. Авторы декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Dike – sleđenje *ethosa i nomosa*. In Živa baština, 2021, Vol. VII, br. 25, pp. 72–81. [Electronic resource]. <https://bastinaduhovnosti.com/wp-content/uploads/2022/05/Dike-%E2%80%93-slijedjenje-ethosa-i-nomosa.pdf> (date accessed: 7.11.2022). (In Bosnian).

¹² Barnes, J. Early Greek Philosophy. London, Penguin Books Ltd, 2001, p. 38. Diels, H., Kranz, W. Die Fragmente der Vorsokratiker I. Zürich, Hildesheim, Weidmann, 1985, s. 215, B1a. DK24A5. (In German). Consult: Allan, D. J. The Philosophy of Aristotle. Oxford, Oxford University Press, 1979, pp. 45–46.

¹³ Met.I.1. An.Post.II.19. EN1039b15 and further. *De morb. sacro*, 17.

¹⁴ DK24A1. DK24A12. *Phaedr.*245c. *Nom.*895e–896a. *De An.*403b28–29. *De An.*404a20–25. *De An.*405a29–32. See: DK24B2; DK22B103; DK22C1; *Tim.*43D–E; *Phys.*264b27–28

¹⁵ *Pol.*1256b15–22. Singer, P. Animal Liberation. New York, Open Road Integrated Media, Inc., 2015, pp. 276–277. Consult: *De An.*414b18–19. *De An.*415a7–8. *PA*656a8. *PA*656a12–13. *PA*686a25–31. *PA*687a4–5. *Top.*102a20. *Top.*142b26. *Mem.*453a8. *HA*488b24–25. See: Καλοντζεροβιτς, Ζ. Ο Δάσκαλος Αυτών που Γνωρίζουν – Και Όσων Αγνοούν, *forthcoming*. (In Greek)

REFERENCES

1. Čović A., Krznar T. (eds.). *Čovjek i priroda u bioetičkoj paradigmi*. Zagreb, Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Odsjek za filozofiju – Katedra za etiku, 2008. (in Croatian).
2. Kahn C.H. *Pythagoras and the Pythagoreans*. Indianapolis/Cambridge, Hackett Publishing Company, Inc., 2001. 23 p.
3. Laertius D. *The Lives and Opinions of Eminent Philosophers*. VIII, 30. URL: https://en.wikisource.org/wiki/Lives_of_the_Eminent_Philosophers/Book_VIII (accessed: 01.11.2022).
4. Liddell H.G., Scott R., Jones H.S. *A Greek-English Lexicon*. Oxford, Oxford University Press, 1996. 1954 p.
5. *The lives and opinions of eminent philosophers*. By Diogenes Laërtius. URL: https://www.gutenberg.org/cache/epub/57342/pg57342-images.html#Footnote_113 (accessed: 2.11.2022).
6. Kaluderović Ž. *Parmenidova poema i teškoće kauzalne shematike*. *Godišnjak Filozofskog fakulteta u Novom Sadu*. 2012;XXXVII-1:359–372. URL: <https://godisnjak.ff.uns.ac.rs/index.php/gff/article/view/205/217> (accessed: 3.11.2022). (In Serbian).
7. Kirk G.S., Raven J.E. *The Presocratic Philosophers*. Cambridge, Cambridge University Press, 1971. 325 p. Compare: DK22B101a.
8. DK59B12. *De plantis* (Περὶ φυτῶν) (815b16–17). Kaluderović Ž., Jašić O., Miljević A. *Slojevitost zbiljnosti physikotatosa iz Klazomene*. *Europski časopis za bioetiku = JAHR European Journal of Bioethics*. 2020;11/2;22:381–396. URL: <https://hrcak.srce.hr/file/365766> (accessed: 04.11.2022). (In Croatian).
9. Burnet J. *Early Greek Philosophy*. Cleveland and New York, The World Publishing Company, 1962. 272 p. Compare: Xen. Mem. 1.4.11, 1.4.14.
10. Windelband, W. *Geschichte der Philosophie*. Beograd, BOOK & MARSO, 2007. 77 p. (In Serbian) URL: <https://archive.org/details/geschichtederphi00wind/page/78/mode/2up> (accessed: 5.11.2022) (In German).
11. Kaluderović Ž. *Anaksimenov i Diogenov animizam*. *Filozofska istraživanja*. 2016;141;36(1):75–88. URL: <https://hrcak.srce.hr/file/244763> (date accessed: 6.11.2022). (In Croatian).
12. Aristotle. *On Generation and Corruption*. *The Complete Works of Aristotle*. I. Jonathan Barnes (ed.). Princeton, Princeton University Press, 1991, p. 514. (In Ancient Greek).
13. Jaeger W. *PAIDEIA*. Berlin, De Gruyter, 1973 (Reprint 2010). (In German).
14. Barnes J. *Early Greek Philosophy*. London, Penguin Books Ltd, 2001. 38 p.
15. Aristotle. *On the Soul*. *The Complete Works of Aristotle*. I. Jonathan Barnes (ed.). (In Ancient Greek).
16. Guthrie W.K.C. *A History of Greek Philosophy II*. Cambridge, Cambridge University Press, 1965. 349 p. DL, VIII, 83.
17. Diels H., Kranz W. *Die Fragmente der Vorsokratiker I*. Zürich, Hildesheim, Weidmann, 1985. 212 p. (In German).
18. Zemelka A.M. *Alcmaeon of Croton-Father of Neuroscience? Brain, Mind and Senses in the Alcmaeon's Study*. *Journal of Neurology and Neuroscience*. 2017;8(3);190:1–5. URL: <https://www.jneuro.com/neurology-neuroscience/alcmaeon-of-croton--father-of-neuroscience-brain-mind-and-senses-in-the-alcmaeons-study.pdf> (accessed: 08.11.2022).
19. Sorabji R. *Animal Minds and Human Morals*. Ithaca, New York, Cornell University Press, 1995. 9 p.
20. Kaluderović Ž., Jašić O. *Pitagorejska i arapska recepcija ne-ljudskih živih bića*. *Nova prisutnost = New presence*. 2015;13(1):25–33. URL: <https://hrcak.srce.hr/file/201998> (date accessed: 9.11.2022). (In Croatian).

Information about authors

Z. Kaluderović – Professor of Ancient Greek Philosophy, Ethics, Ethics of Journalism and Bioethics at the Faculty of Philosophy, Novi Sad University, Novi Sad, Serbia; Professor of the Department of Philosophy and Sociology of the Faculty of Philosophy of the University, Tuzla, Bosnia and Herzegovina; Director of the Center for Bioethics of the Department of Philosophy of the Faculty of Philosophy of Novi Sad University of the Garden, Honorary Doctor of the Athens National and Kapodistrian University, Greece, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6572-4160>, E-mail: zeljko.kaludjerovic@ff.uns.ac.rs ✉

Z. Kaluderović-Mijartović – Faculty of Philosophy at the Department of Philosophy of the Faculty of Philosophy, Novi Sad University, Novi Sad, Serbia; Master's degree, postgraduate student at the Department of Philosophy of the Faculty of Philosophy of the Athens National and Kapodistrian University, Greece, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9315-5789>, E-mail: zmijartovic@philosophy.uoa.gr

O. Yashic – is an Assistant Professor at the Department of Philosophy at the Faculty of Humanities and Social Sciences at the University of Tuzla, Bosnia and Herzegovina; teacher of courses in ethics, bioethics, history of medieval Philosophy and German Classical Philosophy, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7810-7850>, E-mail: orhanjasic@yahoo.com

Информация об авторах

Ж. Калуджерович – профессор древней греческой философии, этики, этики журнализма и биоэтики на философском факультете, Нови-Садский Университет, г. Нови-Сад, Сербия; профессор кафедры философии и социологии факультета философии Университета, г. Тузла, Босния и Герцеговина; директор центра по биоэтике кафедры философии философского факультета Нови-Садского Университета, почетный доктор Афинского Национального и Каподистрийского университета, Греция, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6572-4160>, E-mail: zeljko.kaludjerovic@ff.uns.ac.rs ✉

З. Калуджерович-Мияртович – философский факультет на кафедре философии философского факультета, Нови-Садский Университет, г. Нови-Сад, Сербия; магистр, аспирант на кафедре философии философского факультета Афинского Национального и Каподистрийского университета, Греция, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9315-5789>, E-mail: zmijartovic@philosophy.uoa.gr

О. Яшич – ассистент-профессор на кафедре философии на факультете гуманитарных и социальных наук в Университете Тузлы, Босния и Герцеговина; преподаватель курсов по этике, биоэтике, истории средневековой философии и немецкой классической философии, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7810-7850>, E-mail: orhanjasic@yahoo.com

Обзор

УДК 378.661.04:170

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2023-16-1-17-24>

Методологические проблемы нравственного воспитания в медицинском университете

*Ирина Анатольевна Серова**Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера, Пермь, Россия*

Аннотация. В статье рассказаны поучительные истории, которые могут быть полезны для обсуждения оптимального нравственного выбора для будущих врачей и их пациентов. Автор рассматривает мораль через систему ценностей, которая напоминает, что часть не может быть больше целого, а человек как часть социального организма обретает гармоничное существование с целым посредством нравственного размышления, лично выбирая между пользой и вредом, между добром и злом.

Ключевые слова: биоэтика, нравственность, мораль, поучительные истории, медицинский нарратив

Статья поступила 16.12.2022; принята к публикации 18.02.2023; опубликована 15.05.2023.

Review

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2023-16-1-17-24>

Methodological problems of moral raising in a medical university

*Irina A. Serova**Perm State medical University named after E.A. Wagner, Perm, Russia*

Abstract. The article tells instructive stories that might be useful for discussing the optimal moral choice for both future doctors and their patients. The author considers morality through a system of values that reminds that a part cannot be larger than the whole, respectively, a person as part of a social organism finds a harmonious existence with the whole through moral reflection, personally choosing between benefit and harm, between good and evil.

Keywords: bioethics, morals, modern mores, instructive stories, medical narrative

Submitted 16.12.2022; accepted 18.02.2023; published 15.05.2023.

Нравственное воспитание эффективно посредством методологии, позволяющей исключить морализаторство (симулякр добродетели), подменяющее результативные действия моральными суждениями (архетип – «кормящая словами мать»). Законы общежития работают на двух уровнях – мораль защищает общественные интересы, нравы – личные. Моральная коммуникация парадоксальна: люди, которые могли бы судить других, никогда не будут этого делать, а люди, которые судят других, не имеют на этого никакого права. «О времена! О нравы!» – эта идиома о диссонансе требований морали и бытующих в обществе нравах: «Благое вижу, хвалю, но к дурному влекусь» [1, с. 170]. Цель нравственного воспитания – консолидировать мораль и нравы, соединить целое и часть, доказать целесообразность

выполнения моральных императивов для саморазвития личности.

Нравственность – осознанный персональный выбор личности, которая, по мнению И. Канта, заключается в способности «научиться делать добро по обязанности, затем – по привычке, чтобы потом творить его из склонности» [2, с. 308]. Если человек способен сказать: «Я должен быть доброжелательным», то следующий шаг заключается в том, чтобы добиться искренности в доброжелательности. В этой связи самыми ужасными пороками человека Кант считает неблагодарность, зависть и злорадство. Зачаток неблагодарности связан с гордостью, которая стыдится принимать благодеяние, чтобы не быть обязанным. Если гордость перерастает в своекорыстие, когда человек не хочет ответить благодеянием на благодеяние,

тогда возникает неблагодарность, люди начинают бояться благодетелей и превращаются в мизантропов. Именно поэтому, на наш взгляд, целью нравственного воспитания в медицинском университете является установка встретить благодарного пациента, который на добрые дела врача ответит желанием понять трудности организации здравоохранения, простит врачебные ошибки и придет врачу на помощь, если возникнет в этом необходимость.

Овладеть медицинским знанием как искусством и даже как ремеслом невозможно без рассмотрения контекстов врачевания, которые воспроизводятся на занятиях в поучительных историях. Сегодня искусство рассказывать утрачивается по многим причинам – ускорение темпа жизни диктует моду на усеченные образцы передачи информации – чтение лекций с примерами, иллюстрациями, лирическими отступлениями модифицируется: стиль научного доклада мигрирует в учебные аудитории. Вместе с тем, именно нарративные истории волнуют, запоминаются, заставляют думать, в них обнаруживается нечто общее – все они – «рассказанное Я».

Case 1. Делай благо!

Ко мне, участковому педиатру, пришла мать с ребенком с жалобами на то, что ребенок часто мочится. Вроде бы простая жалоба, но по анализам я обнаружил у мальчика очевидные показатели СД. Сказал это матери, она была в шоке. Я как мог ее успокоил и экстренно госпитализировал ребенка в стационар. Сейчас они прошли школу диабета, проходят соответствующую терапию, и мать мне всегда улыбается с благодарностью за то, что вовремя выявил проблему.

Добродетельная личность сама, сознательно, интересы других людей признает столь же законными, как свои собственные. Категорический императив Канта высвечивает здравый смысл золотого правила нравственности. Если бы все люди были благоразумны настолько, что каждый заботился бы о счастье других, то благополучие каждого было бы обеспечено благополучием других.

Высоконравственная личность обладает совокупностью качеств, каждое из которых замкнуто на ту или иную сферу совместной жизни. Наиболее развернутую характеристику таких качеств среди античных авторов мы находим у Аристотеля. Речь идет о мужестве, умеренности, щедрости, великолепии, честности, ровности, правдивости, дружелюбии, любезности, справедливости, дружбе. Эти качества представляют собой область долженствования, но такого долженствования, которое находится в пределах возможного для человека.

Современная этика наделяет добродетельную личность моральной интуицией, которая зиждется на чувстве юмора и чувстве чести.

Case 2. «У кого есть зачем жить, может вынести почти любое как» (Ф. Ницше).

В районе обслуживания нашей подстанции проживает пациент, назовем его Иван Иванович Иванов. Он регулярно вызывал скорую медицинскую помощь для промывания и замены мочевого катетера Фолея для цистостомы. У Ивана Ивановича 5 лет назад было выявлено злокачественное новообразование, он получил хирургическое лечение, но, с точки зрения хирургов, болезнь была неизлечима, оставались считанные дни. Жена Ивана Ивановича, послушав хирурга, купила гроб и памятник, чтобы похоронить Иван Ивановича без спешки. Иван Иванович хотел жить, у него были еще «дела», он не планировал умирать и вернулся домой, живет по сей день. Гроб и памятник стоят на балконе, потому что данные атрибуты не подлежат возврату. Иван Иванович показывает их как музейный экспонат и рассказывает свою историю. Я научил Ивана Ивановича самостоятельно чистить и менять катетер, и он был очень благодарен за это, потому что у него «дела» и нет времени ждать, беспокоить Скорую Медицинскую Помощь. Я понял, что если есть большое желание жить и «дела», то с болезнью можно справиться.

Нравственность, созвучная моральным нормам, производна от способности мыслить самому, мыслить себя в общении с людьми на месте другого, всегда мыслить в согласии с самим собой. Такого рода мудрость выковывает характер, очеловечивает натуру, знаменует собой правдивость во внутреннем диалоге с самим собой, а также в отношениях с другими людьми. «Характер – это минимум того, что можно требовать от разумного человека, а вместе с тем и максимум его внутренней ценности (человеческого достоинства)» [3, с. 545].

Case 3. Делай, что должно, и пусть будет, что будет.

Работая в ковидной бригаде, я попал в семью, где заболели двое детей, их бабушка, дедушка и мать. Отец работал вахтовым методом, был в командировке. Ситуация осложнялась большим сроком беременности молодой женщины. Я уговорил ее лечь в стационар, пообещав ежедневно лечить и кормить всех домашних. Было очень трудно, но я выполнил обещание. Через десять дней приехал отец. Я тогда понял, что буквально значит фраза: «Уйти с чувством выполненного долга». В результате никто не умер и родился мальчик.

Воспитание чувств требует деликатности, кропотливой работы по подбору нарративов, обладающих нравственным потенциалом. Нравственный дискурс по природе своей провокативен, например, актуально в студенческой аудитории прозвучит вопрос о ценности любовных отношений между врачом и пациентом. С точки зрения морали – однозначно «нет!», но много ли пользы от интериоризация ханжеской морали? Как в ходе дебатов не стать ее поведенником и остаться в рамках норм деонтологии?

Case 4. Так гни, чтобы гнулось, а не так, чтобы ломалось.

Накануне я проводила первый в своей жизни предоперационный осмотр пациентов. Один из них, молодой мужчина, 42 лет, стал со мной заигрывать, задавал вопросы про анестезию, по типу «а проснусь ли я?», неуместно шутил... я поняла, что он боится наркоза, операции и меня как возможного анестезиолога. Для начала доступно объяснила ему, в чем заключается анестезия, что ее проводит специалист с большим стажем успешной работы. На следующий день вновь подробно обрисовала схему его «ощущений» от предстоящей анестезии и операции, предупредив о возможных осложнениях и последствиях. Он успокоился и стал со мной общаться по-человечески. Операция прошла успешно. В последующие дни я иногда встречала своего подопечного в коридоре и всегда спрашивалась о его самочувствии. Диалог каждый раз был приятным и активным с обеих сторон. На момент его выписки я находилась в операционной и не могла из нее выйти. В конце дня ко мне подошла медицинская сестра и передала пакетик со словами благодарности от того самого молодого человека 42 лет, в котором лежал сертификат в косметический магазин и шоколадка – мой первый и последний презент от благодарного пациента за год обучения и работы в отделении анестезиологии. Было безумно приятно и хотелось хвастаться моим успехом всем наставникам и одноклассникам.

Здесь мы видим увеличение времени на конкретную медицинскую манипуляцию – подготовку к хирургическому вмешательству, что, казалось бы, противоречит современным регламентам, но объективно этот нравственный сюжет привел к повышению качества жизни пациента, способствовал позитивному эффекту в оказании качественной медицинской помощи. Одновременно данный случай показывает механизм закрепления необходимых нравственных установок у молодого врача.

Эта история о ценности чуткости в гендерных отношениях, обозначающая безупречный вектор

предпочтений молодого доктора. В нравственном воспитании идеал подлежит фальсификации. С этой целью стоит посмотреть фильм Сергея Бодрова старшего «Дышите свободно» и задаться вопросом: доктор Черкасова, погруженная в сомнительный океан любовных страстей, – хороший или плохой врач?

Избегать назидательности позволяют истории о созидательной силе любви, которые раскрывают исцеляющий потенциал силы чувств.

Case 5. «All you need is love».

Мы встретились много лет назад, и я сразу же влюбился. Но она отвергла меня ввиду прошлых разочарований и психологических проблем. Дело в том, что она страдала нервной анорексией. Так получилось, что по прошествии нескольких лет мы снова начали общаться. Она уже немного набрала вес, но остался страх перед едой, повышенная тревожность, а также отсутствовали менструации. Когда я узнал об этом, я был в шоке, но не хотел этого показывать. Я тут же начал ее откармливать, проводить психотерапию (если это можно так назвать), рассказывал, как она прекрасна и что жизнь не крутится вокруг еды. И знаете что? Спустя некоторое время она выздоровела, а может быть, ушла в длительную ремиссию? Но это неважно. Важно то, что я научил ее любить себя такой, какая она есть, не париться по пустякам, не думать о еде, заботиться о своем теле.

Однажды она призналась, что сама бы со всем этим не справилась. Ей нужно было влюбиться, ей нужно было, чтоб ее полюбили по-настоящему – со мной все это получилось. Я чувствую, что я не только обрел своего человека, но еще и вылечил ее, а также многому научил: не бояться еды, не чувствовать вины за съеденное, не быть ярым перфекционистом, любить свое тело, быть мудрее, не тревожиться без повода. «Счастье – здесь».

Любить человека – это совсем не то же самое, что любить любовь. Любовь – искусство, суть которого заключается в том, что «мы любим тех, кому когда-то сделали добро... мужчина любит женщину за то хорошее, что он ей сделал, и ненавидит за ту боль, которую ей причинил» [4, с. 501–502]. Парадоксальную сущность любви отметил в своей книге «Искусство любви» Э. Фромм, подчеркивая, что любить – это значит давать, а не брать. Парадокс в том, что, отдавая себя любимому и не прося ничего взамен, человек не чувствует себя обманутым, поскольку «давание – это высшее проявление силы. В каждом акте давания я осуществляю свою силу, свое богатство, свою власть. Такое переживание высокой жизнеспособности и силы наполняет меня радостью» [5, с. 27].

Следующий случай демонстрирует процесс становления врача, когда ценностные ориентации, воплощенные в деятельности, влияют на выбор поведения профессионального – постепенное, но частичное, замещение эмоциональных реакций рациональными действиями – «моего сострадания поубавилось, зато прибавились знания и опыт».

Case 6. «Mortui vivos docent» («Мертвые учат живых»).

Я бы хотела поделиться историей про своего «первого» пациента. Это произошло, когда я – маленькая студентка первокурсница – попала на практику в отделении неврологии. Там я впервые узнала, что такое «синдром запертого человека» – пациент, перенесший острое нарушение мозгового кровообращения. У него был тетрапарез, бульбарные нарушения, он не мог говорить, дышал через трахеостому, но был относительно когнитивно сохранен и все понимал. Врачи и инструкторы ЛФК рассказали мне про таких пациентов и порекомендовали посмотреть фильм «Скафандр и бабочка». В этом фильме человек с таким же синдромом общался посредством глаз. И я решила попробовать пообщаться с пациентом также. Одно моргание означало – нет, два моргания – да. Он понимал обращенную к нему речь. Сначала я задавала простые вопросы и говорила моргнуть два или один раз, и он моргал. Также можно было показывать ему буквы, и на нужной букве он моргал два раза, получались простые слова. Я рассказывала интересные истории, мотивировала его словами к выздоровлению, участвовала в его реабилитации.

Сейчас, уже имея небольшой опыт, я, конечно, понимаю, что здесь исход будет один – фатальный. Но тогда, будучи молодой и наивной, я верила, что такие пациенты могут восстановиться. Вместе с инструкторами ЛФК его высаживали в кресло, занимались пассивной гимнастикой на тренажерах. Его родители приходили каждый день, и тоже научились общаться с ним посредством глаз. Они были благодарны мне за неравнодушие, рассказывали истории из его жизни до болезни. Говорили, что в выходные, когда меня нет, он лежит безучастный ко всему, а когда я прихожу, в его состоянии появляются какие-то улучшения. Когда практика закончилась, я спросила у нашего героя, обещает ли он и дальше стараться восстанавливаться – он моргнул два раза. Это было в июне, а в сентябре он все-таки умер.

Чему он научился от меня? Думаю, понял, что на свете есть сострадание и милосердие, и кто-то реально хочет, чтобы он поправился. Чему я продолжаю учиться из этой истории – стойкости, терпе-

нию. Я не знаю, почему меня зацепил именно этот пациент, в моей жизни за 8 лет в медицине было много других, но эта история навсегда осталась в памяти. Тогда я смотрела на неврологов, и мне очень хотелось получить эту специальность, но я была уверена, что это невозможно. Так я думала до 4-го курса, а потом, увидев других пациентов неврологического профиля, заинтересовавшихся неврологией, поняла, что возможно все, стоит только сильно захотеть. И я добилась своей цели. Сейчас, проработав 5 лет в медицине и проучившись 8 лет, моего сострадания поубавилось, зато прибавились знания и опыт. А желание работать неврологом было, есть и, надеюсь, будет на протяжении всей моей жизни.

Для того чтобы регулировать конфликты интересов, человек должен обладать властью – это может быть власть вознаграждения, власть принуждения, нормативная власть, власть эталона, знатока, информационная власть. Определяя силу своих источников власти, человек намечает нравственную стратегию их использования. Продуктивна деятельность не одним мотивом власти, а различными мотивами партнера. В русской традиции приоритет отдается ласке. Она, что весенний день, «дороже рубля, слаще меда», лучше любого пирога. «Ласковое слово и буйную голову смиряет и кость ломит». «Ласковое теля двух маток сосет, а бодливому – ни одна не дается».

Case 7. «Когда сила силу ломит, удивительное становится ничтожным, а прекрасное жалким» (Ч. Айтматов).

В отделении поступил мальчик 14 лет с жалобами на периодическое импульсивное, агрессивное поведение в отношении матери. На запреты он быстро аффектировался. В школе спокоен, в конфликты с одноклассниками старается не вступать, на уроках пассивен, работоспособность невысокая. Иногда поступки свои объяснить не мог (ударил друга лбом, а зачем – не знает). У мальчика необычные интересы: постоянно исправляет статьи в «Википедии», нравится долго смотреть в окно, любит спать у батареи (на кровати матрас с подогревом, но выбирает батарею). В школе с одноклассниками общается, есть друзья, сам инициативу в общении не проявляет. Его мама выражала искреннее желание его понять, но не знала как. Мальчик отвечал критериям РАС, а именно синдрому Аспергера, но был хорошо адаптирован в школе благодаря грамотному педагогу, которая видела его особенности и постаралась максимально интегрировать ребенка в коллектив. Диагноз РАС раньше не предполагался, хотя ретроспективно при беседе с матерью удалось выявить признаки и в раннем детстве. Маме маль-

чика было подробно объяснено, что такое РАС, какими особенностями обладает ее сын, куда обратиться для помощи в дальнейшем (центр помощи для детей с РАС и сообщество для родителей детей с РАС). Этот ребенок воспринимает мир и общество не так как нейротипичные люди, ему сложно. Матери трудно его понять и помочь адаптироваться в обществе и семье. Мать мальчика благодарила за подробное объяснение, уделенное время и отметила, что ей стало ясно, что делать, появился вектор для дальнейшей работы над проблемами коммуникации с сыном.

Однажды известная фигуристка Ирина Слуцкая на вопрос, не страшно ли ей выходить на лед на Олимпийских играх, ответила: «Это не страшно – это страшно интересно!». Расширение границ возможно в медицине обеспечивает технология размышления страхов.

Case 8. Настройки для ума.

Девочка заволновалась, обеспокоенно смотрела на маму, не понимая, что ей сейчас будут делать. Я искренне проявила эмпатию к Лизе, перед лечением спокойно объяснила, для чего нужны инструменты, как они хорошо работают. В наших разговорах слово «боль» заменялось словом «неприятно», «бормашина» – «пылесосик», «ветерок», «кариес» – «червячок», «пломба» – «банановая жвачка» и т. д. Мы лечились не спеша, она привыкала ко мне, а я – к ней. Лиза оказалась очень милым ребенком, она задавала много вопросов, всегда меня слушалась и помогала. Во время лечения, Лиза обычно держала и сжимала мамину руку, искала поддержки в ее глазах. Прошло примерно 3 посещения. На четвертый раз Лиза уверенно зашла в кабинет без мамы! Вот это да! Коллеги удивлялись и хвалили девочку, ну а мне было приятно, что в этом есть и моя заслуга. Когда я закончила лечение, Лиза вышла в коридор и вернулась снова, чтобы подарить мне новогоднюю игрушку, сделанную своими руками (конечно, с помощью мамы). Это было очень мило с ее стороны. Я думаю, что Лиза была благодарна мне за терпение, спокойствие, старания, которые я действительно приложила, чтобы у нее в будущем не было фобии стоматологов. Этот подарок теперь напоминает о том, что нужно быть добрее к людям, проявлять сочувствие и эмпатию к чувствам человека. В этом году игрушка займет достойное место на новогодней елке.

Путь от виктимной (ожидания быть униженным) к пациент-ориентированной (ожидания быть услышанным) модели врачевания прокладывается через формирование навыков взаимопонимания и эффективного взаимодействия врачей и пациентов на осно-

ве доверия. Подчеркнем, что степень комплаенса отражает степень удовлетворенности пациента качеством медицинской помощи.

Case 9. «Лишь то, чем действительно кто-то является, имеет целительную силу» (К. Юнг).

«Я думал, что можно компенсировать бурную ночную жизнь спортом с утра... результат – криз гипертонический». Это были слова моего пациента. Молодой, здоровый с виду парень атлетического телосложения. Загоняется, подумал я. Назначив легкие препараты, снижающие давление, я заметил, что стал меняться пульс: то 110 в минуту, то 65 в минуту. Был установлен диагноз «ВСД». Я решил перед выпиской побеседовать с ним, рассказал, что тревога может провоцировать повышение АД и пульса, что чрезмерные физические нагрузки без полноценного отдыха наносят вред организму. Необходим режим сна и бодрствования, питьевой режим. Посоветовал прийти на прием через 2 недели, и он пришел поблагодарить меня: «Я стал больше пить воды, заниматься спортом в меру, каждый день бывать на свежем воздухе, принимать контрастные ванны, мне стало легче жить, артериальное давление нормализовалось отчасти». Я научил его не паниковать по пустякам, стараться относиться к болезням без трагедии, научил воспринимать жизнь с ВСД не как приговор, а как закономерность, которая все чаще встречается среди молодых людей.

Производственная практика как самостоятельная работа учащихся в будущей профессии, с одной стороны, необходима в медицинском университете, с другой стороны, невозможна из-за запрета лечить больных без диплома о высшем медицинском образовании. Опыт решения этой дилеммы есть [6], но он применим только в вузах, имеющих собственную университетскую клинику. Однако развитие практических навыков и умение пользоваться инструментами возможно не только в парадигме «лечить», но и в парадигме «учить пациента». Когда диагноз поставлен и рекомендации сформулированы, комплаентность достигается через обучение пациента премудростям жизни в ремиссии, в противном случае, действительно, не «я делаю», а «со мной делается», не «я живу», а «со мной происходит» [7, с. 174].

Владение инструментами – действие, казалось бы, далекое от нравственного воспитания. Однако в предложении студентам написать интервью с любимыми инструментами выявляются сюжеты и для нравственных исканий, например, для дискуссии на тему «XXI век – смерть или торжество гуманизма».

Начать можно с интервью со смиренной рубашкой:

Корреспондент: Добрый день, дорогие друзья. Я веду свой репортаж из психиатрического отделения. Представляю вам одного из его сотрудников – Смирительная Рубашка. Расскажите, пожалуйста, в чем заключается ваша работа?

Смирительная Рубашка: Моя цель – фиксация опасных больных, которые могут причинить вред себе и другим. Фиксация дает возможность для спокойного общения персонала с возбужденным больным, для выполнения лечебных мероприятий.

Фиксировать пациента нужно максимально комфортно, чтобы человек мог вставать, ходить в туалет, безопасно общаться с другими пациентами и медперсоналом.

Корреспондент: Как давно вы в этой профессии?

Смирительная Рубашка: Считается, что смирительная рубашка была изобретена во второй половине XVIII века как шаг в сторону гуманизации психиатрии. Она стала применяться в медицине как альтернатива металлическим средствам удержания. Снятие цепей с больных в психиатрии связывают с началом эпохи знаменитого французского врача и гуманиста Филиппа Пинеля, который, отказавшись от использования травмирующих средств фиксации, не отрицал необходимости механического удержания больных. Отказ от цепей и переход на смирительные рубашки привел к снижению количества травм не только среди больных, но и среди медперсонала, так как буйные пациенты нередко применяли сковывавшие их цепи в качестве оружия.

Корреспондент: Как часто в современном мире используется смирительная рубашка?

Смирительная Рубашка: В современном мире применение смирительных рубашек встречается очень редко, так как это считается негуманным средством. Сейчас для фиксации больных используются различные вязки и так называемая «химическая смирительная рубашка». Сейчас больше шансов встретить смирительную рубашку в музее и фильмах, чем в психиатрических больницах.

Корреспондент: Поздравляю Вас с выходом на заслуженный отдых.

Вопросы для нравственных исканий на семинарах по биоэтике:

1. «Химическая смирительная рубашка» – это в любом случае благо для возбужденного пациента? При каких сопутствующих заболеваниях химическая смирительная рубашка не применима?

2. Согласны ли вы с выводом о том, что выход «на заслуженный отдых» доказавших свою эффективность и безопасность медицинских инструментов, технологий зачастую имеет экономическую подопле-

ку и, наоборот, не смягчает, а ужесточает условия оказания медицинской помощи?

3. Опасны ли для пациента вязки при кровотечениях, ломкости сосудов, остеопорозе на фоне приема гормонов?

Нравственные искания исключают легковесные суждения, поэтому важно, с одной стороны, заслушать мнение психиатров, с другой стороны, мнение пациентов и специалистов других профилей. С точки зрения психиатров, «химическая смирительная рубашка» – благо лишь в том случае, если без ее использования пациент получит больший вред, чем если будет использован данный метод.

Это те случаи, когда пациент в возбужденном состоянии становится опасен для себя и/или окружающих, а механическая фиксация пациента с помощью наложения вязок не приносит необходимого эффекта: обычно пациенты в психотическом возбужденном состоянии обладают неимоверной силой – могут развязать или ослабить фиксацию, кроме того, известны случаи, когда фиксированный пациент в психозе вставал вместе с кроватью.

«Химическая смирительная рубашка» – всегда риск, так как при купировании возбужденного пациента используются дозы лекарственных препаратов выше средних. Сами по себе лекарственные препараты, используемые в психиатрии, обладают большим количеством побочных эффектов. Многие пациенты являются коморбидными, имеют сопутствующие сердечно-сосудистую, инфекционную и др. патологии, а основной препарат, используемый для купирования психомоторного возбуждения, аминазин, обладает гипотензивным действием, кроме того, аминазин в больших дозах может вызвать нейролептический синдром и привести к летальному исходу. А феназепам нежелателен для пожилых пациентов. Есть проблемы с лекарственной совместимостью «химической смирительной рубашки» с препаратами для лечения гепатита С, туберкулеза. Помимо сказанного выше, все психотропные препараты имеют длительный период полувыведения, побочные эффекты будут сохраняться в течение нескольких дней после прекращения седации. Поэтому всегда надо сопоставлять риск – пользу. Вместе с тем, экономической подоплеки в замене холщевой смирительной рубашки химической – нет. Вязки не так эффективны для купирования пациента, да и не так безопасны, как это кажется. Имеются правила фиксации пациента, чтоб пациент не удушил себя средствами механической фиксации. Например, надо следить, чтобы вязка не проходила через шею больного. Седация пациента психотропными препаратами более эффективна, так

как препараты действуют на саму причину возбуждения (биохимию мозга), а не как мера физического стеснения на последствия работы мозга (поведение возбужденного пациента).

Специалисты других профилей отмечают, что шаги в сторону гуманизации психиатрии сегодня – это персонализация. Например, вязки при гепатите С более травматичны, чем смиренная рубашка, серьезные проблемы с печенью исключают вообще применение химической смиренной рубашки. В финале дискуссии опрос: «Гуманистическое обновление в медицине – утопия, мечта, реальность или проект?» [8].

Заключение

1. Чудодейственных рецептов на все случаи жизни нет. Моральность или аморальность обретается в лицах, в конкретных ситуациях, которые необходимо обсуждать в учебных аудиториях. Когда мы пытаемся понять, что есть человеческого в человеке, мы, прежде всего, говорим о морали. Только человек добровольно подчиняется принятому на себя нравственному закону. Зачем он это делает? В моральных нормах веками отработывалась культура жить вместе, уметь находить или хотя бы искать гармонию интересов.

Благодарный пациент – это успешный результат профессионального обучения и нравственного воспитания учащихся в медицинском университете.

2. Завышение официальных норм всегда приводит к падению нравов. Когда моральные нормы и оценки отрываются от жизненного мира, тогда они остаются фактом призывающего, заклинающего, обязывающего, угрожающего сознания. Иногда экзистенциальные вопросы не находят своего решения и возникает соблазн перевести решение проблемы из практической плоскости в сферу обсуждения ее на языке морали – возникает знакомый, отталкивающий образ Элочки Людоедки. В этом случае навешивание нравственных ярлыков формирует стойкое отвращение к категориям морали. Совесть, стыд, долг, честь перестают быть регуляторами поведения благодаря морализаторству: «Зло не в том, что входит в уста человека, а в том, что выходит из них».

3. Методологией нравственного воспитания в медицинском вузе является философия медицины [9], определяющая достойное место человека в мире, пределы и горизонты его активности, сохраняющая идеальные образцы человеческой деятельности, ценностные ориентиры здравого смысла. В заключении вспомним еще одно латинское выражение «*Homo quadratus*» – «человек четырехугольный», «обтесанный», то есть складный человек. А.С. Пушкин пояс-

няет смысл следующим образом: «Кроме... маленькой слабости, которую, впрочем, относим мы к желанию подражать лорду Байрону... приятель мой был un homme tout rond, человек совершенно круглый, как говорят французы, *homo quadratus*, по выражению латинскому, по-нашему – очень хороший человек» [10, с. 587].

Дополнительная информация

Источник финансирования. Автор заявляет об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Конфликт интересов. Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Additional info

Funding source. The author states that there is no external funding for the study.

Competing interests. The author declares the absence of obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Овидий П.Н. Метаморфозы. М.: Художественная литература. 1977. 432 с.
2. Кант И. Из «Лекций по этике» (1780–1782) // Этическая мысль: научно-публицистические чтения. М.: Политиздат. 1990. С. 297–322.
3. Кант И. Антропология с практической точки зрения // Сочинения в 6 томах. М.: Мысль, 1966. Т. 6. С. 349–588.
4. Петровский В.А. Личность в психологии. Ростов н/Д.: Феникс. 1996. 272 с.
5. Фромм Э. Искусство любви: исследование природы любви. М.: Знание. 1990. 63 с.
6. Серова И.А., Ягодина А.Ю. К вопросу внедрения компетентностно-ориентированного учебного плана в медицинском вузе // Alma mater. Вестник высшей школы. 2012. № 12. С. 35–38.
7. Флоренский П.А. Столп и утверждение истины. М.: Правда. 1990. Т. I (1). 490 с.
8. О человеческом в человеке / под общ. ред. И.Т. Фролова. М.: Политиздат. 1991. 384 с.
9. Седова Н.Н. Философия медицины. М.: КНОРУС. 2023. 154 с.
10. Пушкин А.С. Отрывок // Собрание сочинений в 10 томах. М.: ГИХЛ, 1959–1962. Т. 6. Критика и публицистика. 1959. 587 с.

REFERENCES

1. Ovid P.N. Metamorphoses. M.: Fiction. 1977. 432 (in Rus.).
2. Kant I. From the "Lectures on Ethics" (1780–1782). *Eicheskaya mysl': nauchno-publitsisticheskie chteniya* = *Ethical Thought: Scientific Publicistic Readings*. Moscow, Politizdat. 1990:297–322. (in Rus.).

3. Kant I. Anthropology from a practical point of view. *So-Sochineniya v 6 tomakh = Writings in 6 volumes*. Moscow, Thought, 1966;6:349–588. (in Rus.).
4. Petrovsky V.A. Personality in psychology. Rostov-on-Don, Phoenix. 1996. 272 p. (in Rus.).
5. Fromm E. The art of love: a study of the nature of love. Moscow, Knowledge Publ., 1990. 63 p. (in Rus.).
6. Serova I.A., Yagodina A.Yu. On the issue of introducing a competence-oriented curriculum in a medical university. *Alma Mater (Vestnik Vysshey Shkoly)*. (in Rus.).2012; 12:35–38.
7. Florensky P.A. Pillar and ground of truth. Moscow, True Publ., 1990;I(1):490. (in Rus.).
8. About the human in man. Ed. I.T. Frolova. Moscow, Politizdat Publ., 1991. 384 p. (in Rus.).
9. Sedova N.N. Philosophy of medicine. (in Rus.). Moscow, KNORUS Publ., 2023. 154 p.
10. Pushkin A.S. Excerpt. *Sobranie sochinenii v 10 tomakh = Collected works in 10 volumes*. Moscow, GHL Publ., 1959–1962. Vol. 6. Criticism and publicism. 1959. 587 p. (in Rus.).

Информация об авторе

И. А. Серова – профессор кафедры философии, доктор философских наук, профессор, Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера, Пермь, Россия, ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-6896-0505>, E-mail: irinaserova55@mail.ru

Information about author

Irina A. Serova – Professor of the Department of Philosophy, Doctor of Philosophy, Professor, Perm State Medical University named after Academician E.A. Wagner, Perm, Russia, ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-6896-0505>, E-mail: irinaserova55@mail.ru

Обзор

УДК 614.2

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2023-16-1-25-38>**Феномен стигматизации в эпоху постмодерна: структурный анализ**

**Татьяна Геннадьевна Светличная¹, Виталий Андреевич Воронов²,
Елена Алексеевна Смирнова^{✉3}**

¹Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

²Вологодский областной психоневрологический диспансер № 1, Череповец, Россия

³Череповецкий государственный университет, Череповец, Россия

Аннотация. В эпоху религиозно-философского вакуума, дискредитации идеологических концептов и производства предметов сиюминутного потребления обесцениваются не только главные общечеловеческие ценности, но и сама человеческая жизнь. Многие социальные процессы и взаимодействия переносятся в интернет-пространство и массмедиа, которые с помощью стереотипов, мифов могут формировать в массовом сознании отрицательную либо положительную реакцию на конкретное событие.

В эпоху постмодерна все большим числом специалистов человеческая жизнь стала восприниматься как медицинская проблема, человек – как пациент, а его тело и сознание – как объект медицинского контроля и регулирования. Врачи, взяв на себя функции социального контроля, стремясь повысить свой властный ресурс с одной стороны и профессиональный статус с другой, могут формировать определенную идеологию в обществе, ведущую к изменению социального статуса индивида. В результате происходит закрепление медицинских «ярлыков» за некоторыми паттернами девиантного поведения и ограничение жизнедеятельности индивида, усиление медиализации, власти экспертов и деполитизации девиаций.

Ключевые слова: стигматизация, постмодерн, социальный контроль, классификация стигматизации

Статья поступила 26.12.2022; принята к публикации 18.02.2023; опубликована 15.05.2023.

Review

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2023-16-1-25-38>**The phenomenon of stigmatization in the postmodern era:
a structural analysis**

Tatiana G. Svetlichnaya¹, Vitaly A. Voronov², Elena A. Smirnova^{✉3}

¹Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia

²Vologda Regional Neuropsychiatric Dispensary No. 1, Cherepovets, Russia

³Cherepovets State University, Cherepovets, Russia

Abstract. In the era of a religious and philosophical vacuum, the discrediting of ideological concepts and the production of objects of momentary consumption, not only the main universal values are devalued, but also human life itself. Many social processes and interactions are transferred to the Internet space and mass media, which, with the help of stereotypes, myths, can form a negative or positive reaction to a specific event in the mass consciousness.

Human life began to be perceived as a medical problem, a person as a patient, and his body and consciousness as an object of medical control and regulation. Doctors, having assumed the functions of social control, seeking to increase their power resource, on the one hand and professional status, on the other hand, can form a certain ideology in society, leading to a change in the social status of an individual. As a result, medical "labels" are attached to certain patterns of behavior and the restriction of an individual's vital activity, the strengthening of medicalization, the power of experts and the depoliticization of deviations.

Keywords: stigmatization, postmodernism, social control, classification of stigmatization

Submitted 26.12.2022; accepted 18.02.2023; published 15.05.2023.

Для каждого этапа развития общества характерны свои ценности и мировоззрение. На смену предмодерна, в основе которого лежат традиционные ценности и религия, в середине XVI в. приходит мо-

дерн с преобладанием власти разума и рационального мышления. И наконец, в 60-х годах XX в. в Америке зарождается постмодернизм. Этому благоприятствовал технический бум, обеспечивший расширение

доступа к информационным технологиям и способствующий ускорению принятия принципов плюрализма, базирующихся на принципе разнообразия. Характерной чертой постмодерна стало формирование недоверия к существующим идеологиям и мировоззренческим системам. Прежние идеалы, еще недавно казавшиеся незыблемыми, были поколеблены, а на смену им пришла специфическая парадигмальная установка на восприятие мира как хаоса, так называемая «постмодернистская чувствительность». Все это, согласно теории Ж. Бодрийера [1], способствовало утрате объединяющих общество норм, «исчезновению всего социального» и самое главное, утрате связи с реальностью. На смену ей приходит множество уже виртуальных реальностей. С развитием массмедиа и Интернета информация становится важнейшим стратегическим ресурсом общества.

И если в прежние времена важнейшие события в обществе переживались intersubjectively, то сейчас большинству общение заменяет экран, и, наоборот, передачи стали восприниматься как реальность, а жизнь общества воспринимается как отражение интернет-пространства. Происходит автоматизация общества, которому посредством массмедиа может внедряться любая информация. Широкое распространение массовой культуры, ориентированной на развлекательность, меняет психологические установки общества, формируется и насаждается идеология потребления, всем явлениям жизненного цикла придается товарная форма.

Такая ценностная установка способствует переходу от производства материальных товаров к производству услуг. Не составляет исключения и система здравоохранения, где еще недавно сохранение здоровья было делом государственной важности, тогда как в наши дни воспринимается как услуга. На базе данной установки происходит коммерциализация института здравоохранения. Фармацевтические компании посредством массмедиа поддерживают миф о быстром излечении фармакотерапией любой болезни. На этом фоне все чаще возникают дискуссии о влиянии медицины на жизнь людей [2] и закрепление медицинских «ярлыков» за некоторыми паттернами поведения [3].

Представители медицинской профессии, обладая профессиональными знаниями и полномочиями по определению и обозначению болезни и в некоторых случаях даже установлению «клейма девиантов» членам менее влиятельных групп общества, получают преимущественное право на осуществление функции социального контроля. Стигматизированные индивиды воспринимаются большинством как

неудачники, другие члены общества нередко их опасаются и осуждают.

Необходимо отметить, что начиная с библейских времен, и на протяжении всей истории человечества общество традиционно выделяет и дистанцируется от людей, не удовлетворяющих ожиданиям большинства. И если до периода становления врачевания и медицины дискриминация некоторых форм заболеваний, например инфекционных и психических, могла быть оправдана стремлением человечества к выживанию, то проявление расизма, эйджизма, сексизма, стигма ожирения или лиц с физическими недостатками являются ничем иным, как сложившимися в обществе предрассудками или стигматизацией.

Цель работы

Осмысление феномена стигматизации как инструмента социального контроля в условиях либерализации всех сфер жизнедеятельности общества постмодерна.

Материалы и методы

В ходе проведения исследования был использован аналитический метод в сочетании с научно-теоретическим подходом, проанализированы материалы 48 источников литературы, в том числе 25 научных публикаций иностранных авторов.

Результаты и их обсуждение

Термин стигматизация образован от греческого слова stigma, означающего признак или метку на теле рабов и преступников. Позже, уже в средние века, термин стал употребляться в медицинской практике для обозначения признака болезни. В наши дни под стигматизацией понимают «предвзятое или негативное отношение окружающих по факту наличия у человека того или иного признака» [4]. Развитие стигматизации происходит на психологическом и социальном уровнях в несколько этапов [5]: 1) выделение и маркирование человека, 2) присвоение выделенному человеку негативных качеств, 3) отнесение к социальной группе, противопоставленной обществу, 4) последующее снижение социального статуса.

Первым исследователем, изучавшим стигму как социальное явление, стал французский социолог Е. Durkheim (1895), а впервые термин стигматизация в научный оборот введен более пятидесяти лет назад американским социологом Е. Goffman (1963). Он означает «намерение выставить напоказ что-то плохое о лице, имеющем этот знак, и таким образом оправдать проистекающую отсюда враждебность» [6]. В своем труде «Стигма: заметки по управлению испорченной идентичностью», Goffman предложил теорию навешивания ярлыков, согласно которой стигма влияет на мысли, чувства и поведение инди-

видов, затрагивая их социальную идентичность и девальвируя ее в глазах других. В результате негативный ярлык, присваиваемый человеку большинством, меняет его «Я»-концепцию и портит нормальную идентичность. Согласно теории индивид воспринимает себя через видение себя другими людьми. Иными словами, мы становимся такими, какими нас воспринимают окружающие. И те требования, которые общество предъявляет к индивиду, авторы теории называют ожидаемой или виртуальной идентичностью, тогда как черты, которыми он обладает в действительности – действительной идентичностью. Испорченная идентичность возникает в зазоре между ожидаемой и действительной идентичностью. Е. Goffman [6] описывает испорченную идентичность как с точки зрения общества, так и с точки зрения самого стигматизируемого. По мнению автора, на самосознание этих людей и восприятие их в социуме влияет одна общая черта, характерная для всех видов стигм – черта неправильного индивида. И. Гофман обращает внимание на то, что стигматизации подвергаются не все нежелательные особенности, а только те из них, которые, по мнению большинства, являются несовместимыми с образом индивида. Эти черты являются проекцией на индивида или группу представлений о недостойном большинстве. Тем самым общество обозначает границы нормы, будь то внешность, поведение или образ мысли, а различия человека со стигмой и без нее являются субъективным понятием, определяемым особенностями культуры общества в целом и распространенными представлениями в обществе о месте человека в нем [7]. В результате господствующих в общественном сознании негативных стереотипов в отношении носителей стигмы последние сталкиваются с непониманием со стороны окружающих и даже дискриминацией, начинают испытывать обиду и злость. Эти переживания приводят к интернализации социальной стигмы, индивид начинает верить в них и пытается вписаться в новую роль, используя механизмы самовнушения и адаптации. Изменение идентичности человека приводит к потере чувства надежды [8] и прежних позитивных убеждений относительно самого себя, способствуя ухудшению моральных качеств [9]. Постоянное ожидание ярлыка дестабилизируют самооценку и эмоциональный фон, ведет к дистанцированию от общества [10] и нивелирует веру в выздоровление [11], реабилитацию и социализацию.

Е. Goffman [6] выделил три вида стигм, связанных: 1) с физическим дефектом, 2) с дефектом индивидуального характера (психическое заболевание, алкоголизм, наркомания, тюремное заключение, низ-

кий социальный статус), 3) с маргинальным социальным и политическим положением (раса, национальность, религия).

D. Feldman [12] выделил шесть измерений стигматизации: 1) опасность, 2) происхождение, 3) скрытость, 4) течение, 5) стабильность, 6) разрушительность:

1) опасность – играет роль угрозы, которую несет обладатель клейма. Общественное мнение поощряет приемлемые формы поведения и пресекает неприемлемые. Последнее призвано обеспечить безопасность общества;

2) происхождение – степень ответственности стигматизированного индивида за имеющийся у него атрибут. Когда индивид несет личную ответственность за имеющиеся у него заболевания, особенно те, которые опасны для окружающих или в которых, по мнению большинства, повинен сам человек. В данном контексте упоминается и такое дополнительное измерение стигмы, как контролируемость стигмы и жалость. Например, лица с педофилией обнаруживают большую выраженность стигмы, чем пациенты с посттравматическим стрессовым расстройством. И наоборот, заболевания, вызывающие большую жалость со стороны окружающих, стигматизируют пациента в значительно меньшей степени;

3) скрываемость или видимость – если стигма видима, индивид готов к реакциям девальвации со стороны общества. Например, больные шизофренией более стигматизированы, чем больные артериальной гипертензией или депрессией. Если стигма может быть скрыта, то и статус таких людей в обществе не изменится, пока информация о наличии стигматизирующего признака не станет известна окружающим. При этом человек, пытаясь что-то скрыть, подавляя стигму, постоянно испытывает беспокойство и негативные эмоции;

4) течение, 5) стабильность и 6) разрушительность – сходные между собой показатели и сопоставимы с вышеназванными измерениями. Течение и стабильность определяют вероятность улучшения здоровья от получаемого лечения. При оценке разрушительности стигмы мы анализируем ее влияние на межличностные отношения.

Немецкий социолог G. Falk описывает стигму по двум основаниям возникновения:

1) экзистенциальная стигма, которую объект стигмы мало либо совсем не контролирует и

2) достигнутая стигма, получение которой обусловлено поведением человека. Фальк пишет, что «мы и все общества всегда будем стигматизировать какое-то состояние и какое-то поведение, потому что

это обеспечивает групповую солидарность, отделяя аутсайдеров от инсайдеров» [13].

Позже ученые выделили две основные концептуальные модели стигматизации. Первую предложили B. Link, J. Phelan [14], а вторую – J. Pryor, G. Reeder [15]. В первой модели возникновение стигмы зависит от доступа к социальной, экономической и политической власти, позволяющей «идентифицировать различия, строить стереотипы, разделять помеченных людей на отдельные группы и полностью выполнять неодобрение, отвержение, исключение и дискриминацию» [16]. Авторы рассматривают стигму как взаимодействие четырех взаимосвязанных и взаимообусловленных процессов: 1) приклеивание ярлыков; 2) стереотипизация; 3) разделение на «мы» – группу, с которой мы себя отождествляем, и «они» – в отношении которых актуализируется стереотип с негативными характеристиками и рассматривается нами в категории отчуждения; 4) потеря статуса теми, кто подвергается стигматизации и дискриминации.

Вторая концептуальная модель посвящена описанию четырех взаимосвязанных проявлений стигмы: публичной стигмы, самостигмы, стигмы через ассоциацию, структурной стигмы.

1. Публичная стигма – это комплекс социальных и психологических реакций в отношении индивида, который воспринимается как обладающий стигматизирующим условием и проявляется в сужении или полной утрате возможностей, будь то доступ к образованию или получению работы. Считается, что публичная стигма лежит в основе всех остальных типов стигмы.

2. Самостигма – это комплекс уже последствий социального и психологического характера, который связан с обладанием стигмы. Включает в себя интуитивное ощущение индивида того, что он является объектом стигматизации, и все те негативные убеждения и чувства, которые он ощущает в это время;

3. Стигма через ассоциацию или стигма по праву передачи – это, с одной стороны, совокупность социальных и психологических реакций на людей, ассоциирующихся со стигматизируемым индивидом. Это может быть семья психически больного человека, психиатрическая служба и т. д. С другой стороны, это ответные реакции людей, которых ассоциируют со стигматизируемым индивидом.

4. Структурная стигма – возникает в случае, когда правила общества ограничивают возможности меньшинства.

Другие ученые [17] дополнительно выделяют применительно к психически больным следующие проявления стигмы:

1) принуждение – выражается в утрате прав, когда общество принимают решение, например, за психически больного;

2) социальная изоляция – психически больные оформляются в психиатрические учреждения на постоянной основе;

3) избегание ярлыков – человек стремится скрыть свой диагноз;

4) автоматическая стигма – стигматизирующие мысли, чувства и действия возникают автоматически или с малым осознанием;

5) множественная стигма – человек принадлежит сразу к нескольким стигматизированным группам, например, психически больных и зависимых от алкоголя.

С.Н. Ениколопов в своей работе [7] дает определение понятия стигматизирующего: с одной стороны, это индивид или группа, продуцирующая и распространяющая мифы, чем способствуют появлению стигм, а с другой стороны, это все те, кто усваивает эти мифы и руководствуется ими в дальнейшем, то есть стигматизирует.

P. Gilbert [18] в качестве основных иницирующих стигматизацию причин выделил причины социального и психологического характера. Автор считает, что люди всегда испытывают страх и поэтому стремятся избегать опасного члена общества. Также они воспринимают психически больных как генетически, сексуально негодных и как негодных для совместной деятельности. Важной причиной стигматизации является потребность в чувстве превосходства. Н.А. Польская считает, что мотивы стигматизации кроются в «истории формирования социальных ритуалов, способов конструирования социальной реальности, форм социального контроля, проблем идентичности и интеракции» [19] и являются биологическим защитным механизмом [20].

Отечественные ученые пытались объяснить мотивацию стигматизирующих. В.С. Ястребов [21] выделил три взаимосвязанных фактора, влияющих на формирование стигмы психической болезни: 1) проблема знания (невежество), 2) проблема отношения (предвззудки), 3) проблема поведения (дискриминация). М. М. Кабанов [22] дополнил эти факторы тремя мотивационными компонентами, связанными с потребностями в сохранении:

1) удовлетворительных условий жизни – чаще эта потребность возникает у людей удовлетворенных жизнью, но негативно относящихся к девиантам;

2) интеллектуального уровня – характерна для людей, воспринимающих психические болезни как когнитивное расстройство или как инфекционное заболевание;

3) эмоциональной стабильности – свойственна для психологически уязвимых лиц, для которых характерно негативное восприятие своей жизни, у которых сформировано мнение об эмоциональной природе возникновения всех психических заболеваний.

Возникновение этих потребностей связано с представлением о том, что психически больные люди могут препятствовать их удовлетворению. В результате общество, отторгая социальную группу по какому-то признаку, легитимирует неравенство ее социального статуса. Callaghan N., Crowley M., Goggin T. [23] выдвинули гипотезу, согласно которой не только общество, но и сами психически больные имеют такое же негативное мнение о своем заболевании. E.C. Pinel [24] в 1999 г., пытаясь определить степень осознанности больными влияния дискриминирующего отношения общества на их психологическое состояние, вводит понятие «стигма-осознанность», а Link схожее с ним понятие «самостигматизация». Под самостигматизацией Link предлагает понимать «деструктивный процесс принятия и переживания стигмы и нового для себя статуса, который приводит к трансформации социальной и личностной идентичности больного в связи с принятием им роли больного» [25]. Другими словами, это «совокупность реакций пациента на проявления психической болезни и статус психически больного в обществе» [21].

Определяя стигматизацию как социальный феномен нашего общества, А.В. Абрамов [26] описывает этот процесс во взаимосвязи социально-психологических и клиничко-психопатологических характеристик, по которым общество выделяет, обесценивает, а затем отчуждает индивидов, имеющих психиатрический диагноз. Схожее определение, основанное на рефлексии социального и саморефлексии клинического статуса, ведущих к «серии запретов, связанных с социальной активностью, которые накладываются больными на собственную жизнь, с чувством неполноценности и социальной несостоятельности» приводит Е.А. Тараканова [27].

По мнению как зарубежных [28], так и отечественных [29] ученых, самостигматизация представляет собой неоднородный по своей структуре феномен, включающий как фрустрирующие, так и защитные компоненты. В первом случае, это принятие психически больных как маргиналов. Во втором – самоидентификация психически больных в социальной и профессиональной сфере, а нередко просто оправдание отказа от активности наличием болезни. При этом А.В. Слободская приводит данные, когда стигма, наряду с выполнением компенсаторной и защитной функций, при определенных условиях спо-

собствует девиации индивида. Так, «если рассматривать девиантные группы наркозависимых, можно заметить, что новые социальные связи, появляющиеся в результате интеграции в девиантную группу, необходимы не только для обмена информацией или дружеских отношений, но и для того, чтобы иметь больше доступа к наркотическим веществам либо приобретать их по более выгодной цене» [30].

Goffman [6] приводит пример используемой для поддержания психологического равновесия в ситуации стигматизации копинг-стратегии «фантомное принятие». Ее суть заключается в игнорировании недостатка, а образ стигматизируемого достраивается «до нормального», так называемая «фантомная нормальность». При этом эмоции, переживаемые последними, не учитываются, а жизнедеятельность делится на 3 сферы: 1) куда доступ запрещен, из-за опасности пребывания; 2) где условно принимаются; 3) где можно не скрываться и не притворяться.

На протяжении всего периода изучения стигматизации ученые предпринимали попытки выделения форм самостигматизации. Так, В.С. Ястребов [21] изучал оценку осознания психически больными своей несостоятельности и те компенсаторные механизмы, которые ими используются. Ученый выделил и описал три такие формы:

1) аутопсихическая – отражает изменение личной идентичности, одновременно больные стремятся оправдать свою несостоятельность болезнью;

2) компенсаторная – психически больной осознает наличие у себя заболевания, при этом старается сохранить идентичность. Может частично игнорировать проявление болезни и подчеркивать свое сходство с психически здоровыми лицами;

3) социореверсивная – наблюдаются изменения социальной идентичности больного, а все свои неуспехи склонны оправдывать предвзятым отношением со стороны окружающих.

В основу типологии самостигматизации для больных шизофренией, разработанную О. А. Гонжал [29], положены 3 группы критериев (симптомы заболевания, личностные особенности и стадия заболевания):

1) дефект-ассоциированная – характерна в период ремиссии, формируется в структуре дефицитарной симптоматики в основном у лиц с шизоидными чертами;

2) личностно обусловленная – характерна для сохранных больных и больных с истеро-ипохондрическими реакциями;

3) психотическая – характерна для больных с параноидными тенденциями во время приступа или острого процесса с обострением продуктивной симптоматики.

Несколькими годами позже Я.С. Оруджев [31] предложил типологию, основанную на степени выраженности самостигматизации лиц, страдающих шизофренией:

1) наименьшая степень выраженности – оправдание собственных неудач болезнью и предъявление к себе меньших требований;

2) средняя степень выраженности – оправдание неудач в профессиональной сфере;

3) высшая степень выраженности – большое значение для индивида приобретает наличие у него психического заболевания, отмечаются затруднения в межличностных отношениях, особенно в профессиональной сфере.

Если рассматривать теории формирования феномена стигматизации, то наиболее распространенной является поэтапная модель формирования, предложенная Р. Corrigan [32]. По мнению автора, первым шагом является осведомленность индивида о негативных стереотипах, существующих в обществе. Затем индивид может согласиться с тем, что эти стереотипы верны по отношению к группе. После этого индивид соглашается, что эти стереотипы относятся непосредственно к нему. В результате, по данным Р. Corrigan [28], возникает эффект «зачем пытаться», проявляющийся в снижении самооценки, восприятии себя менее достойным или менее способным. Как результат, индивид теряет веру в собственные силы и формируется самостигматизация. По мнению автора, пока человек сам не интернализирует стигму, то и вреда самооценке не наносится.

В продолжение темы Crocker J. [33] выделяет три стадии процесса интернализации как процесса освоения внешних структур, в результате которого они становятся внутренними регуляторами:

- 1) знание о стигме,
- 2) согласие с ней,
- 3) применение к себе.

При этом наиболее сильная психотравмирующая ситуация для индивида возникает в случае, если во время первичной социализации он усвоил дискриминирующее отношение в отношении людей, имеющих дефект. При изменении собственного статуса он теряет идентификацию с социальной группой, с которой ранее себя отождествлял, меняется привычное представление о собственной личности, происходит фиксация на своей неполноценности. В такой ситуации индивиду необходимо формировать новую психологическую идентичность, соответствующую роли больного [34]. Все это ведет к утрате социальной поддержки, принятие которой основано на уверенности в принадлежности к определенной социальной группе [30].

Link и Phelan [14] также приводят данные о корреляции присвоения атрибута и реакции на него. Так, индивид может знать и признавать в себе дефект, знать о негативных представлениях об этом в обществе, но не принимать предложенный маркер, то есть «знание о стигматизирующих убеждениях в обществе не связано с согласием с ними». При этом одни игнорируют проявления социальной стигмы, тогда как другие, столкнувшись с дискриминацией, вступают в борьбу с несправедливостью. Однако предлагаемая модель подверглась критическим замечаниям, в частности приводятся доказательства того, что развитие самостигматизации может происходить и на ранних стадиях [35]. Главным условием здесь будет являться одобрение негативных стереотипов в отношении себя самим индивидом.

В основе другой теории самостигматизации лежит концепция защитных механизмов, объясняющая возникновение страха. Для этого ученые обратились к психоаналитическим теориям З. Фрейда, который понимал страх, во-первых, как базовую, неспецифическую характеристику человека в социуме. Так, психически больной подходит для объективирования внутренней тревожности и страха. Во-вторых, как «защитный механизм Я», когда в процессе социализации закрепляются объекты, которые специфическим образом угрожают отношениям. Выбор объекта страха определяется в первую очередь степенью его возможной опасности или ценности, плохо контролируемые индивидом. Здесь можно говорить обо всем том, что, по мнению индивида, представляет опасность (болезнь, инфекции, стихийные события, межличностные отношения, жизненные достижения). И здесь наиболее тесно связанной с концепцией страха оказывается концепция проекции, обеспечивающая жизненную безопасность индивида. Например, негативные качества личности часто проецируются на представителей маргинальной группы. Подразумевается, что психически больным людям будут приписываться черты, закрепленные в стереотипе, а их поведение будет негативно оцениваться в зависимости от черт воспринимающего человека, который «склонен представлять психическую болезнь, поражающей то, что он считает наиболее ценным в человеческой личности» [36]. Во всех случаях «инаковость» не только дискредитирует обладателя, но и подтверждает «нормальность», повышает самооценку тех, кто ее не имеет. Этим объясняется толерантное отношение лиц с высоким интеллектом и самооценкой к психически больным лицам, «потому что им не нужно принижать психически больных, чтобы чувствовать себя умными или положительными».

ми» [37], тогда как «люди с повышенной враждебностью, меньше готовы принять или помочь психически больным» [38].

Для объяснения возникновения феномена стигматизации были предложены очень похожие по своему содержанию теории. Во-первых, это Haghghat [39] и его «унитарная теория стигматизации». Определив конституциональное, психологическое, экономическое и эволюционное происхождение стигматизации, автор приходит к выводу о «личной выгоде стигматизирующего».

В рамках этой же теории Goffman [6] также говорит о личной выгоде, получаемой носителем ярлыка. Автор вводит термин «вторичная выгода», используемая, например, для оправдания своих неудач, решения семейных, экономических проблем и проблем социальной изоляции. Другим примером «вторичной выгоды» может быть принятие и успешное исполнение социальной роли больного. Являясь «патологической формой адаптации», стигма позволяет претендовать на социальную помощь и поддержку, а также получать возможность для манипуляций [30, 40]: «Болезнь характеризуется не только психосоматическим страданием. Заболевание формирует особую органическую систему индивид – общество. В ней создается особый психосоматический функциональный орган болезни, специфическая, часто более благоприятная для индивида система межличностных отношений» [41]. Нередко пациенты, вживаясь в роль инвалида, становятся зависимыми от помощи других [40], а «благодаря стойкому стереотипу люди ассоциируют со словом инвалид необходимость заботиться и помогать людям, подпадающим под это понятие» [42]. У людей формируется сознание пациентов, полностью зависимых от медицинских и медикаментозных вмешательств.

У человека, не имеющего медицинского образования, сформировано представление о наличии в медицинской практике определенного перечня болезней, верифицируемых на основании симптомов, которые выявляются конкретными научно-обоснованными методами, охватывающими все возможные формы человеческой патологии. Учеными [43] описываются ситуации, когда лица трудоспособного возраста, определяемые врачами как «практически здоровые», посещают медицинские учреждения, проходят разнообразные диагностические обследования для получения диагноза. Если врач на основании представленных симптомов устанавливает диагноз, то условный больной превращается в реального пациента. В этот момент происходит стигматизация пациента: из просто человека он превращается в «сердечника»,

«гипертоника», «диабетика», который отныне должен следить за своим состоянием здоровья [43].

Система ограничений, предписаний, запретов, накладываемых врачом, интериоризируется больным, формируя эффекты самостигматизации. Борьба с болезнью становится новым смыслом жизни такого пациента. При этом соматический диагноз рассматривается как более «социально престижный», нежели психиатрический.

В литературе приводятся данные о наличии зависимости возникновения стигматизирующих последствий от той или иной модели психической болезни, распространенной в данном обществе. До недавнего времени в медицинской практике самой распространенной моделью психических заболеваний являлась медицинская или биологическая модель. В соответствии с ней, четко разграничивается норма и патология. Психическая болезнь здесь рассматривается как соматическое заболевание, которое передается по наследству и требует в основном медикаментозного лечения. При этом патерналистский тип взаимоотношений врача и пациента ограничивает свободу лиц с психическими расстройствами со всеми сопутствующими дискриминирующими практиками социального контроля. Более того, в некоторых исследованиях [44] описывается «страх слияния», когда врачи боятся чрезмерного вовлечения в дела пациентов, испытывая враждебное отношение к ним, основанное на конфликте ценностей.

В настоящее время все большее предпочтение психиатры отдают биопсихосоциальной модели психических расстройств, что не могло не повлечь за собой позитивных изменений в правовом статусе психически больных и повышении их адаптационного потенциала. «Самый драматический сдвиг в социальных реакциях на психически больных людей» [45] обусловлен либерализацией психиатрии, разработкой нового подхода к лечению больных, когда одной из основных целей лечения становится интеграция их в общество. Уменьшается продолжительность госпитализации в психиатрические стационары, делается акцент на оказание помощи в амбулаторных условиях междисциплинарными командами специалистов. При оказании помощи предполагается опора на ближайшее социальное окружение, а интеграция медицинского и социального обслуживания обеспечивает своевременное и более полное удовлетворение потребностей пациентов в лечении и уходе, улучшает качество жизни.

Заключение

Таким образом, жизнь человека в эпоху постмодерна протекает в условиях религиозно-философского

вакуума, дискредитации идеологических концептов, тотального релятивизма, производства предметов сиюминутного потребления. В массмедиа, как и в жизни в целом, истинное подменяется ложным, полезное – бесполезным. Общество утрачивает свою индивидуальность, приобретая массовый характер, со спонтанным и неустойчивым характером взаимодействия его членов. Толпа для большинства становится комфортной средой пребывания, обезличивая индивида и снимая всякую ответственность за любые действия, нарушая самостоятельность и критичность мышления. Познание окружающего мира и многие социальные процессы и взаимодействия переносятся в интернет-пространство, мир которого преподносится как реальный, а граница между фантазией и реальностью более не носит жесткого разделительного характера, являясь более чем расплывчатой. В результате влияния массмедиа и Интернета у постоянных пользователей формирует столь же искаженный образ мира, как тот, который они видят на экране.

В сложившихся обстоятельствах властные структуры с помощью стереотипов и мифов способны формировать в массовом сознании любую (отрицательную или положительную) реакцию на конкретное событие. Ситуация, когда власть использует стигматизацию как инструмент контроля и установления «игры по правилам», возможна не только в отношении какого-то определенного человека, социальной группы, но и целого государства. И, «если создатель стигмы обладает влиянием на мировой арене, стигматизация изменяет положение заклеянного в системе международных отношений, а иногда приводит к его изгоизации» [46]. Практика исключения отдельных стран из мирового сообщества по причине их несоответствия нормам, выработанным Западом, характерна для США. Так, американские лидеры пытались обвинить Китай в начале пандемии. В ответной речи Си Цзиньпин употребляет термин «стигматизация»: «Мы выступаем против политизации и стигматизации COVID-19»¹.

Другим примером стигматизации целой страны может стать дискредитация всего Русского мира, когда дискриминации подвергается весь русский народ с его культурой и религией. Мы можем наблюдать, как в интересах основного геополитического оппонента России – США – в мире развернута антироссийская политика. С помощью СМИ и общественных организаций формируется деструктивно-агрессивное общественное мнение и образ «плохих русских». По факту национальности активы и собственность, если они находятся на территории США, могут быть заблокированы, русских спортсменов и деятелей

культуры не допускают к соревнованиям, накладываются запреты на русскую культуру и шедевры искусства, а вводимые западом санкции против России «иначе как бездумными и безумными не назовешь». Кроме того, в Украине, ближайшем соседе России, где русское население – это вторая по численности этническая группа, активно проводится кампания по дерусификации населения. Д.Н. Кравцов говорит о «существовании на этой территории религиозида верующих, исповедующих русское православие и являющихся прихожанами Русской Православной Церкви», что привело к гражданской войне, когда «жителям Донбасса с оружием в руках пришлось отстаивать свои «русскость» и «православность» в борьбе с националистическими группировками украинских радикалов» [5]. В результате происходит стигматизация всего русского по национальному и религиозному принципу.

Следствиями распространения различных форм зависимостей, неблагоприятной экологической и экономической обстановки, постоянного стресса являются инсульты, деменции, психические расстройства и т.д. Так, сегодня каждый четвертый-пятый (20–25 %) человек на Земле страдает психическими и поведенческими расстройствами, а у каждого третьего-четвертого психическое здоровье нарушается в течение жизни. При этом более половины (60 %) из них лица трудоспособного возраста, каждый четвертый – инвалид по психическому заболеванию. В ближайшие время ученые прогнозируют увеличение бремени психических расстройств [47] и масштаба проникновения в нашу жизнь медицины [2]. В таких условиях человеческая жизнь все чаще воспринимается как медицинская проблема, человек – как пациент, а его тело и сознание – как объект медицинского контроля и регулирования.

Врачи, взяв на себя функции социального контроля, стремясь повысить свой властный ресурс, с одной стороны, и профессиональное положение, с другой, могут формировать определенную идеологию в обществе, ведущую к изменению социального и экономического статуса индивида. В результате происходит закрепление медицинских «ярлыков» за некоторыми паттернами поведения и ограничение жизнедеятельности индивида, усиление медиализации, власти экспертов и деполитизации девиаций.

Существует мнение, что врачи психиатры стигматизируют своих пациентов в большей степени, чем представители какой-либо другой социальной группы, способствуя существованию предрассудков и мифов о психически больных [48].

Исторически сложилось, что общество, выделяя индивидуума по признаку наличия психического заболевания, применяет по отношению к нему стереотипный набор социальных реакций. Такие больные подвергаются отторжению со стороны общества, социальной изоляции и остракизму, что ухудшает социальное функционирование и снижает качество жизни больных. При этом происходит ограничение свободы лиц с психическими расстройствами со всеми сопутствующими дискриминирующими практиками социального контроля со стороны медицинских работников, которые могут расширять свои медицинские рекомендации и назначения.

В результате, с одной стороны, больные, накладывая на собственную жизнь серию запретов, связанных с социальной активностью, формируют у се-

бя чувство неполноценности и социальной несостоятельности. А, с другой, пытаясь скрыть психиатрический диагноз, своевременно не обращаются за медицинской помощью, не следуют рекомендациям врача, что оказывает негативное влияние на эффективность лечения вследствие частых рецидивов заболевания, повышения риска возникновения агрессивного поведения и, как результат, – криминализация больных. И одни, и вторые, саботируя участие в лечебном процессе, создают порочный круг, усугубляя свои страдания.

Таким образом, обобщение результатов проведенного анализа научной литературы по теме исследования позволило нам разработать системную классификацию стигматизации по семи критериям (табл.).

Классификация феномена стигматизации

Критерии	Формы
1. Основание возникновения	- психопатологически измененная личность; - архаичность сознания; - экзистенциальная (неконтролируемая человеком); - достигнутая (обусловлена поведением человека); - вынужденное нахождение в депривационной среде; - насильственно культивируемая; - этнокультурально обусловленная (традиции и обычаи)
2. Причина	- приписывание агрессивных намерений (психически больным, судимым), страх; - индуцированные нервно-психические расстройства, социальные фобии; - дефицит знаний о возникновении и последствиях социальных девиаций и делинквенций; - формирование негативных стереотипов в общественном сознании в отношении биологических, социальных, медицинских групп; - аутоагрессивное поведение; - недостаточная квалификация медицинских работников; - принудительное лечение социально значимых заболеваний; - пребывание в агрессивной социальной среде
3. Субъекты	- политические (государство, парламент, партии); - экономические; - социально-культурные (наука, здравоохранение, образование, искусство); - нормативные (право, суд); - силовые ведомства; - семейные (семья, брак); - религиозные (религия, церковь, секта)
а) социальные институты	
б) индивиды	- законодатели; - юристы; - сотрудники силовых ведомств; - медицинские работники; - педагоги; - деятели науки и искусства; - журналисты, блогеры; - здоровые и больные люди
4. Объекты	- больные социально значимыми заболеваниями; - страдающие химической или психической зависимостью; - лица с физическими недостатками; - этнические группы; - дети и пожилые люди;

Окончание таблицы

Критерии	Формы
	- лица с нетрадиционной половой ориентацией; - заключенные, лица БОМЖ, мигранты; - принадлежащие к религиозным группам; - лица с низким социальным статусом; - относящиеся к различным субкультурам
5. Формы воздействия	- внешнее; - внутреннее (самостигма); - физическая агрессия; - психологическое насилие; - прямое; - опосредованное
6. Уровни проявления	- международный; - межгосударственный, государственный; - социально-профессиональный; - общинный; - неформальные группы (объединения); - массмедиа; - индивидуальный
7. Направления вмешательства	- законотворческая деятельность; - здравоохранение; - образование; - традиционная и массовая культура; - семейное воспитание; - СМИ и Интернет

Полученная в процессе исследования информация свидетельствует о глубокой теоретической разработанности феномена стигматизации и наличии хорошо сформированного терминологического аппарата для изучения. Однако неслучайно наиболее разработанным феноменом стигматизации является в психиатрии. В эпоху двойных стандартов постмодерна, когда в современном обществе размываются границы между понятиями добра и зла, правды и лжи, у все большего числа людей нарушается способность правильно различать буквальное и искаженное, истинное и ложное. Последнее обстоятельство содействует поиску скрытых смыслов и при несовершенстве индивидуальных защитных механизмов служит внешним провокатором возникновения серьезных психических расстройств. При этом наблюдается определенная параллель в развитии индивидуальной и коллективной патологий. Если мысли о национально-государственном величии и исключительности, транслируемые пациентом психиатрической больницы, являются основанием для постановки вполне конкретного психиатрического диагноза, то вполне определенно можно констатировать состояние общества как «не вполне психически здорового», когда идеи национальной избранности провозглашаются представителями государственных структур.

Термин «стигматизация» имеет ярко выраженный негативный социальный смысл, означая пред-

взятое или отрицательное отношение окружающих вследствие наличия у человека (группы, общества) того или иного признака. Являясь инструментом социального контроля, стигматизация позволяет определять границы нормы во всех сферах жизнедеятельности человека (группы, общества), определяемые особенностями культуры стигматизирующего субъекта (человека, группы, общества). Основная суть феномена стигматизации заключается в стремлении людей к безопасности, превосходству и желанию сохранить комфортные условия жизнедеятельности. Стигматизация может проявляться на уровне государств, социальных групп и отдельных индивидов. Стигматизаторами являются представители широкого круга официальных и неофициальных лиц: политические деятели, власть, бизнес, массмедиа, медицинские и фармацевтические работники, больные и здоровые люди.

При этом проявление стигматизации у больных людей является не столь негативно однозначным. С одной стороны, стигматизация выступает защитным фактором, когда индивид интернализирует стигму, вживается в роль больного и борьба с болезнью для него становится неотъемлемой частью образа жизни. Он посещает лечебные учреждения, получает заботу, внимание и помощь со стороны окружающих. С другой стороны, стигматизация является

фрустрирующим фактором, когда общество воспринимает больных как маргиналов, а те, в свою очередь, ощущают себя неполноценными людьми, накладывая на свою жизнь серию запретов, не получая необходимой социальной и медицинской поддержки.

Наблюдающееся в последние годы неуклонное увеличение масштабов медиализации и тесно связанной с ней стигматизации не способствует улучшению индивидуального, группового и общественного здоровья. Наоборот, в сложившихся условиях возникают новые опасности и риски, главный из которых заключается в нарушении баланса и дальнейшем ослаблении традиционных социальных институтов и, как следствие, усиление дегуманизации всех сфер жизнедеятельности человека и общества.

Дополнительная информация

Вклад авторов. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Additional info

Author contribution. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Baudrillard J. La société de consommation: Ses mythes, ses structures. Paris: Denoël, 1970. 304 p.
2. Светличная Т.Г., Смирнова Е.А. Теоретико-концептуальные подходы и результаты эмпирического изучения феномена медиализации (обзор литературы) // LOGOS ET PRAXIS. 2017. № 3 (16). С. 145–160. doi: 10.15688/lp.jvolsu.2017.3.17.
3. Светличная Т.Г., Воронов В.А., Смирнова Е.А. Социобиохевиоральные факторы приверженности лечению пациентов с психическими расстройствами, склонных к социально опасному поведению // Журнал неврологии и психи-

атрии им. С.С. Корсакова. 2020. № 2 (120). С. 59–65. doi: 10.17116/jnevro202012002159.

4. Серебрянская Л.Я., Ястребов В.С., Ениколопов С.Н. Социально-психологические факторы стигматизации психически больных // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2002. № 9. С. 59–68.

5. Кравцов Д.Н. «Крестный путь» Русского православия на Украине в условиях современной дискриминационной дерусификации и антироссийской пропаганды // Коммуникология. 2017. № 5 (5). С. 163–176. doi: 10.21453/2311-3065-2017-5-5-163-176.

6. Goffman E. Stigma: Notes on the Management of the Spoiled Identity. N.J. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1963. 147 p.

7. Ениколопов С.Н. Стигматизация и проблема психического здоровья // Медицинская (клиническая) психология: традиции и перспективы. Москва, 2013.

8. Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders / P.T. Yanos, D. Roe, K. Markus, P.H. Lysaker // Psychiatry Services. 2008. Vol. 12(59). P. 1437–1442. doi: 10.1176/appi.ps.59.12.1437.

9. Ritsher J.B., Phelan J.C. Internalized stigma predict erosion of morale among psychiatric outpatients // Psychiatry Res. 2004. No. 129. P. 257–265. doi: 10.1016/j.psychres.2004.08.003.

10. Corrigan P.W., Watson A.C. Understanding the impact of stigma on people with mental illness // World Psychiatry. 2002. No. 1. P. 16–20.

11. Rosenfield S. Labelling mental illness: the effects of received services and perceived stigma on life satisfaction // American Sociological Review. 1997. No. 62. P. 660–672. doi: 10.2307/2657432.

12. Feldman D.B., Crandall C.S. Dimensions of mental illness stigma: What about mental illness causes social rejection // Journal of Social and Clinical Psychology. 2007. Vol. 2(26). P. 137–154. doi: 10.1521/jscp.2007.26.2.137.

13. Falk G. Stigma: How We Treat Outsiders. Prometheus Books. 2001. 399 p. doi: 10.2307/3089070.

14. Link B., Phelan J. Conceptualizing stigma // Annual review of sociology. 2001. No. 27. P. 363–385.

15. Stigma: advances in theory and research / A.E.R. Bos, J.B. Pryor, G.D. Reeder, S.E. Stutterheim // Basic and applied social psychology. 2013. No. 35. P. 1–9. doi: 10.1080/01973533.2012.746147.

16. Major B., O'Brien L.T. The social psychology of stigma // Annual Review of Psychology. 2005. No. 56. P. 393–442. doi: 10.1146/annurev.psych.56.091103.070137.

17. Corrigan P.W., Kleinlein P. The impact of mental illness stigma // On the stigma of mental illness: practical strategies for research and social change / P.W. Corrigan (ed.). Washington: American Psychological Association. 2005. P. 11–44. doi: 10.1177/1529100614531398.

18. Gilbert P. Shame, stigma and the family: "skeletons in the cupboard" and the role of shame // Every family in the land: understanding prejudice and discrimination against people with mental illness / A.H. Crisp (ed.). 2001. 464 p.

19. Польская Н.А. Психически больной в современном обществе: проблема стигмы // Журнал практического психолога. 2006. № 3. С. 42–58.

20. Crisp A. The tendency to stigmatise // *British Journal of Psychiatry*. 2001. No. 178. P. 197–199. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.178.3.197>.
21. Факторы стигматизации лиц с психическими расстройствами: методические рекомендации / В.С. Ястребов, И.И. Михайлова, О.А. Гонжал, С.А. Трущелёв. М.: Изд-во ЗАО Юстицинформ, 2009.
22. Кабанов М.М., Бурковский Г.В. Редукция стигматизации и дискриминации психически больных // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии*. 2000. № 1. С. 3–8.
23. Callaghan N., Crowley M., Goggin T. Epilepsy and employment, material, education and social status // *Irish Medical Journal*. 1992. No. 1 (85). P. 17–19.
24. Pinel E.C. Stigma Consciousness. The psychological legacy of social stereotypes // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1999. No. 76. P. 114–128 doi: 10.1037//0022-3514.76.1.114.
25. Link B. Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of the people with mental health disorders // *Psychiatry Services*. 2001. No. 53. P. 1621–1626 doi: 10.1176/appi.ps.52.12.1621.
26. Абрамов В.А. Особенности и механизмы формирования самостигмы у больных шизофренией. Донецк, 2019.
27. Тараканова Е.А. Корреляции вариаций самостигматизации и качества жизни больных шизофренией // *Вестник РАМН*. 2010. № 6. С. 78–80.
28. Corrigan P.W., Larson J.E., Ruesch N. Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices // *World Psychiatry*. 2009. No. 8. P. 75–81 doi: 10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x.
29. Гонжал О.А. Клиническая типология самостигматизации при шизофрении: дис. ... канд. мед. наук. Волгоград, 2006.
30. Слободская А.В. Социальные последствия стигматизации // *Общественные науки: сборник статей по материалам XX международной студенческой научно-практической конференции*. Новосибирск: Изд. «СибАК», 2014. № 5 (20). С. 110–116.
31. Оруджев Н.Я. Шизофрения: самостигматизация, качество жизни и проблемы реабилитации больных // *Общественное здоровье и здравоохранение*. 2010. № 1. С. 62–67.
32. Corrigan P.W., Rao D. On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change // *Canadian Journal of Psychiatry*. 2012. Vol. 57 (8). P. 464–469. doi: 10.1177/070674371205700804.
33. Crocker J., Major B., Steele C. Social stigma // *Handbook of social psychology* / D. Gilbert, S. T. Fiske, G. Lindzey (Eds.). Boston: McGraw-Hill, 1998. P. 504–553.
34. Скрипка Е.Ю. Качественное исследование самостигматизации больных с психическими расстройствами // *Молодой ученый*. 2012. № 7. С. 232–237.
35. Quinn D.M., Williams M.K., Weiz B.M. From discrimination to internalized mental illness stigma: The mediating roles of anticipated discrimination and anticipated stigma // *Psychiatric Rehabilitation*. 2015. Vol. 2 (38). P. 103–108. doi: 10.1037/prj0000136.
36. Кабанов М.М. Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни // *Социальная и клиническая психиатрия*. 2001. № 1. С. 22–27.
37. Nunally J. Popular Conceptions of Mental Health: Their Development and Change. New York, Holt, Rinehart and Winston, 1961. 311 p.
38. Corrigan P.W. How stigma interferes with mental health care // *American Psychologist*. 2004. Vol. 7 (59). P. 614–625. doi: 10.1037/0003-066X.59.7.614.
39. Haghghat R. A unitary theory of stigmatisation: pursuit of self-interest and routes to destigmatisation // *British Journal of Psychiatry*. 2001. No. 178. P. 207–215 doi: 10.1192/bjp.178.3.207. PMID: 11230030.
40. Михайлова И.И. Самостигматизация психически больных: дис. ... канд. мед. наук. М.: Научный центр психического здоровья РАМН, 2005.
41. Тищенко П.Д. Психика и соматические процессы // *Общественные науки и здравоохранение*. 1976. С. 184–194.
42. Липай Т.П., Мамедов А.К. Стигматизация как социальный феномен (методология исследования) // *Актуальные инновационные исследования: наука и практика*. 2011. № 1. С. 7.
43. Соловьева С.Л. Самостигматизация как фактор превращения личности здорового в личность больного // *Неврологический вестник*. 2017. № 1. С. 49–56.
44. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. О связи стигмы психической болезни и суицидального поведения. Научный обзор // *Российский психиатрический журнал*. 2018. № 2. С. 10–18.
45. Руженкова В.В., Руженков В.А. Проблема стигмы в психиатрии и суицидологии // *Научные ведомости. Серия «Медицина. Фармация»*. 2012. № 4 (123). С. 5–13.
46. Арсентьева И.И. Политический дискурс стигматизации Китая в контексте пандемии COVID-19 // *Вестник МГИМО-Университета*. 2021. № 2 (14). С. 22–46. doi: 10.24833/2071-8160-2021-2-77-22-46.
47. Шматова Ю.Е. Динамика статистических и социологических показателей состояния психического здоровья населения России // *Проблемы развития территории*. 2019. № 3 (101). С. 76–96. doi: 10.15838/ptd.2019.3.101.5.
48. Fink P.J., Tasman A. Stigma and mental illness // *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 1994. Vol. 3 (32). P. 43. doi: <https://doi.org/10.3928/0279-3695-19940301-13>.

REFERENCES

1. Baudrillard J. La société de consommation: Ses mythes, ses structures. Paris, Denoël, 1970. 304 p.
2. Svetlichnaya T.G., Smirnova E.A. Theoretical and conceptual approaches and results of empirical study of the phenomenon of medicalization (literature review). *LOGOS ET PRAXIS*. 2017;3(16):145–160. (in Rus.) doi: 10.15688/lp.jvolsu.2017.3.17.
3. Svetlichnaya T.G., Voronov V.A., Smirnova E.A. Socio-behavioral factors of treatment adherence in patients with mental disorders prone to socially dangerous behavior. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova = Journal of Neurology and Psychiatry. S.S. Korsakov*. 2020;2(120):59–65. (in Rus.) doi: 10.17116/jnevro202012002159.
4. Serebriyskaya L.Ya., Yastrebov V.S., Enikolopov S.N. Socio-psychological factors of stigmatization of the mentally

ill. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova* = *Journal of Neurology and Psychiatry. S.S. Korsakov*. 2002;9:59–68. (in Rus.).

5. Kravtsov D.N. "The Way of the Cross" of Russian Orthodoxy in Ukraine in the Conditions of Modern Discriminatory De-Russification and Anti-Russian Propaganda. *Kommunikologiya* = *Communicology*. 2017;5(5):163–176 (in Rus.) doi: 10.21453/2311-3065-2017-5-5-163-176.

6. Goffman E. *Stigma: Notes on the Management of the Spoiled Identity*. N.J. Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1963. 147p.

7. Enikolopov S.N. Stigmatization and the problem of mental health. *Meditsinskaya (klinicheskaya) psikhologiya: traditsii i perspektivy* = *Medical (clinical) psychology: traditions and perspectives*. Moscow. 2013. (in Rus.).

8. Yanos P.T., Roe D., Markus K., Lysaker P.H. Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatry Services*. 2008;12(59):1437–1442. doi: 10.1176/appi.ps.59.12.1437.

9. Ritsher J.B., Phelan J.C. Internalized stigma predict erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Res*. 2004;129:257–265. doi: 10.1016/j.psychres.2004.08.003

10. Corrigan P.W., Watson A.C. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*. 2002;1:16–20.

11. Rosenfield S. Labelling mental illness: the effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *American Sociological Review*. 1997;62:660–672. doi: 10.2307/2657432.

12. Feldman D.B., Crandall C.S. Dimensions of mental illness stigma: What about mental illness causes social rejection. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2007;26(2):137–154. doi: 10.1521/jscp.2007.26.2.137.

13. Falk G. *Stigma: How We Treat Outsiders*. Prometheus Books. 2001. 399 p. doi: 10.2307/3089070.

14. Link B., Phelan J. Conceptualizing stigma. *Annual review of sociology*. 2001;27:363–385.

15. Bos A.E.R., Pryor J.B., Reeder G.D., Stutterheim S.E. Stigma: advances in theory and research. *Basic and applied social psychology*. 2013;35:1–9. doi: 10.1080/01973533.2012.746147.

16. Major B., O'Brien L.T. The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychology*. 2005;56:393–442. doi: 10.1146/annurev.psych.56.091103.070137.

17. Corrigan P.W., Kleinlein P. The impact of mental illness stigma. *On the stigma of mental illness: practical strategies for research and social change*. P.W. Corrigan (ed.). Washington, American Psychological Association, 2005. P. 11–44. doi: 10.1177/1529100614531398.

18. Gilbert P. Shame, stigma and the family: "skeletons in the cupboard" and the role of shame". Every family in the land: understanding prejudice and discrimination against people with mental illness. A.H. Crisp (ed.). 2001. 464 p.

19. Polskaya N.A. Mentally ill in modern society: the problem of stigma. *Zhurnal prakticheskogo psikhologa* = *Journal of a practical psychologist*. 2006;3:42–58. (in Rus.).

20. Crisp A. The tendency to stigmatise. *British Journal of Psychiatry*. 2001;178:197–199. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.178.3.197>.

21. Yastrebov V.S., Mikhailova I.I., Gonzal O.A., Trushelev S.A. *Factors of stigmatization of persons with mental disorders: guidelines*. Moscow, ZAO Yustitsinform Publishing House, 2009. (in Rus.).

22. Kabanov M.M., Burkovsky G.V. Reduction of stigmatization and discrimination of the mentally ill. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoi psikhologii* = *Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2000;1:3–8. (in Rus.).

23. Callaghan N, Crowley M, Goggin T. Epilepsy and employment, material, education and social status. *Irish Medical Journal*. 1992;1(85):17–19.

24. Pinel E.C. Stigma Consciousness. The psychological legacy of social stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1999;76:114–128 doi: 10.1037//0022-3514.76.1.114.

25. Link B. Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of the people with mental health disorders. *Psychiatry Services*. 2001;53:1621–1626. doi: 10.1176/appi.ps.52.12.1621.

26. Abramov V.A. *Features and mechanisms of self-stigma formation in patients with schizophrenia*. Donetsk, 2019. (in Rus.).

27. Tarakanova E.A. Correlations of variations of self-stigmatization and quality of life in patients with schizophrenia. *Vestnik RAMN* = *Bulletin of the Russian Academy of Medical Sciences*. 2010;6:78–80. (in Rus.).

28. Corrigan P.W., Larson J.E., Ruesch N. Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*. 2009;8:75–81 doi: 10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x.

29. Gonzal O.A. *Clinical typology of self-stigmatization in schizophrenia*. Dissertation of Candidate of Medical Sciences. Volgograd, 2006. (in Rus.).

30. Slobodskaya A.V. Social consequences of stigmatization. *Obshchestvennye nauki: sbornik statei po materialam XX mezhdunarodnoi studencheskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii* = *Social Sciences: a collection of articles based on the materials of the XX International Student Scientific and Practical Conference*. Novosibirsk, SibAK Psbl. 2014;5(20):110–116. (in Rus.).

31. Orudzhev N.Ya. Schizophrenia: self-stigmatization, quality of life and problems of rehabilitation of patients. *Obshchestvennoe zdorov'e i zdravookhranenie* = *Public health and health care*. 2010;1:62–67. (in Rus.).

32. Corrigan P.W., Rao D. On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2012;57(8):464–469. doi: 10.1177/070674371205700804

33. Crocker J., Major B., Steele C. Social stigma. *Handbook of social psychology*. D. Gilbert, S. T. Fiske, G. Lindzey (Eds.). Boston, McGraw-Hill, 1998:504–553.

34. Violin E.Yu. Qualitative study of self-stigmatization of patients with mental disorders. *Molodoi uchenyi* = *Young scientist*. 2012;7:232–237. (in Rus.).

35. Quinn D.M., Williams M.K., Weiz B.M. From discrimination to internalized mental illness stigma: The mediating roles of anticipated discrimination and anticipated stigma. *Psychiatric Rehabilitation*. 2015;2(38):103–108. doi: 10.1037/prj0000136.

36. Kabanov M.M. The problem of rehabilitation of the mentally ill and the quality of their life. *Sotsial'naya i klinicheskaya*

psikhiatriya = Social and Clinical Psychiatry. 2001;1:22–27. (in Rus.).

37. Nunally J. Popular Conceptions of Mental Health: Their Development and Change. New York, Holt, Rinehart and Winston, 1961. 311 p.

38. Corrigan P.W. How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*. 2004;7(59):614–625. doi: 10.1037/0003-066X.59.7.614.

39. Haghighat R. A unitary theory of stigmatisation: pursuit of self-interest and routes to destigmatisation. *British Journal of Psychiatry*. 2001;178:207–215 doi: 10.1192/bjp.178.3.207. PMID: 11230030.

40. Mikhailova I.I. Self-stigmatization of the mentally ill. Dissertation of Candidate of Medical Sciences. Moscow, Scientific Center for Mental Health of the Russian Academy of Medical Sciences, 2005. (in Rus.).

41. Tishchenko P.D. Psyche and somatic processes. *Obshchestvennye nauki i zdravookhraneniye = Public sciences and health care*. 1976:184–194. (in Rus.).

42. Lipai T.P., Mamedov A.K. Stigmatization as a social phenomenon (research methodology). *Aktual'nye innovatsionnye issledovaniya: nauka i praktika = Actual innovative research: science and practice*. 2011;1:7. (in Rus.).

43. Solovieva S.L. Self-stigmatization as a factor in the transformation of a healthy person into a sick person. *Nevrologicheskiy vestnik = Neurological Bulletin*. 2017;1:49–56. (in Rus.).

44. Chistopolskaya K.A., Enikolopov S.N. On the relationship between the stigma of mental illness and suicidal behavior. Scientific review. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal = Russian Psychiatric Journal*. 2018;2:10–18. (in Rus.).

45. Ruzhenkova V.V., Ruzhenkov V.A. The problem of stigma in psychiatry and suicidologists. *Nauchnye vedomosti. Seriya "Meditsina. Farmatsiya" = Nauchnye Vedomosti. Series Medicine. Pharmacy*. 2012;4(123):5–13. (in Rus.).

46. Arsent'eva I.I. Political discourse of stigmatization of China in the context of the COVID-19 pandemic. *Vestnik MGIMO-Universiteta = MGIMO Review of International Relations*. 2019 2021;2(14):22–46. (in Rus.) doi: 10.24833/2071-8160-2021-2-77-22-46.

47. Shmatova Yu.E. Dynamics of statistical and sociological indicators of the state of mental health of the population of Russia. *Problemy razvitiya territorii = Problems of development of the territory*. 2019;3(101):76–96. (in Rus.) doi: 10.15838/ptd.2019.3.101.5.

48. Fink P.J., Tasman A. Stigma and mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 1994;3(32):43. doi: <https://doi.org/10.3928/0279-3695-19940301-13>.

Информация об авторах

Т.Г. Светличная – доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы, Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия, ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6563-9604>, E-mail: statiana64@yandex.ru

В.А. Воронов – главный врач, Вологодский областной психоневрологический диспансер № 1, Череповец, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7177-739X>, E-mail: vorona1985@mail.ru

Е.А. Смирнова – кандидат социологических наук, доцент кафедры социологии и социальных технологий, Череповецкий государственный университет, Череповец, Россия, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9383-0649>, E-mail: smirnova56@yandex.ru ✉

Information about authors

Tatiana G. Svetlichnaya – Doctor of Medical Sciences, Professor, Professor of the Department of Public Health, Health and Social Work, Northern State Medical University, ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6563-9604>, E-mail: statiana64@yandex.ru

Vitaly A. Voronov – chief medical officer Vologda Regional Neuropsychiatric Dispensary No. 1, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7177-739X>, E-mail: vorona1985@mail.ru

Elena A. Smirnova – Candidate of Sociological Sciences, Associate Professor of the Department of Sociology and Social Technologies Cherepovets State University, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9383-0649>, E-mail: smirnova56@yandex.ru ✉

Обзор

УДК 614.253:34С

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2023-16-1-39-43>

Реабилитация комбатантов: этический и медицинский подходы

Александр Александрович Воробьев^{1,2,3}, Алена Димитриевна Доника^{✉1,2},

Илья Маркович Горелик^{2,3}, Федор Андреевич Андриященко²

¹ Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

² Волгоградский медицинский научный центр, Волгоград, Россия

³ Федеральный центр поддержки разработки и производства экзопротезов, Волгоград, Россия

Аннотация. Актуальность. Необходимость ранней и эффективной медицинской реабилитации участников боевых действий определяется рядом социальных, этических и демографических факторов. Этический контекст реабилитации комбатантов связан с ментальной рефлексией участников локальных войн, рассмотренной на модели Афганской и Чеченской войн. В то же время исследователи отмечают, что наиболее полно феномен представлен в американской и европейской литературе на примере ветеранов Вьетнамской войны, известный по публикациям как trauma и memory studies, и требует развития аналогичных исследовательских практик в отечественной науке. **Цель работы** – показать возможности медицинской реабилитации комбатантов Специальной военной операции с использованием экзопротезов в контексте этики заботы.

Материалы и методы. Для демонстрации медико-социальных перспектив реабилитации патологии и травм верхних конечностей проведен обзор отечественных и зарубежных источников открытых баз данных. Расчет потребностей в ортезировании верхних конечностей проведен на модели Татарстана и Волгоградской области. В работе использованы материалы исследований Федерального центра поддержки разработки и производства экзопротезов ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России.

Результаты. Специалистами Центра экзопротезов ВолГМУ разработан пассивный экзоскелет верхней конечности «ЭКЗАР-34» для абилитации и реабилитации больных с симптомокомплексом верхнего вялого пареза. Преимущества разработки дополняются ценовой доступностью, технической выполнимостью и возможностями широкого применения. В настоящее время на базе Центра экзопротезов ВолГМУ проходят реабилитацию с применением «ЭКЗАР-34» участники боевых действий и некомбатанты Специальной военной операции. Потребность в ортезировании, рассчитанная на модели Татарстана и Волгоградской области, демонстрирует преемственность реабилитации военного и мирного времени как общую тенденцию персонализированной медицины, направленной на потребности конкретного пациента.

Заключение. Внимание к проблеме реабилитации должно носить перманентный характер, отражая позицию общества к уязвимым группам, основанную на этике уважения и заботы.

Ключевые слова: реабилитация, комбатанты, экзопротез, этика заботы

Статья поступила 16.01.2023; принята к публикации 18.02.2023; опубликована 15.05.2023.

Review

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2023-16-1-39-43>

Rehabilitation of combatants: ethical and medical approaches

Alexander A. Vorobiev^{1,2,3}, Alena. D. Donika^{✉1,2}, Ilya M. Gorelik^{2,3}, Fedor A. Andryushchenko²

¹ Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

² Volgograd Medical Research Center, Volgograd, Russia

³ Federal Center for Support of the Development and Production of Exoprostheses, Volgograd, Russia

Abstract. Background: The need for early and effective medical rehabilitation of combatants is determined by a number of social, ethical and demographic factors. The ethical context of the rehabilitation of combatants is associated with the mental reflection of participants in local wars, considered on the model of the Afghan and Chechen wars. At the same time, the researchers note that the phenomenon is most fully represented in American and European literature on the example of Vietnam War veterans, known in publications as "trauma and memory studies" and requires the development of similar research practices in domestic sci-

ence. The purpose of the work is to show the possibilities of medical rehabilitation of NWO combatants using exoprostheses in the context of the ethics of care.

Materials and methods: To demonstrate the medical and social prospects for the rehabilitation of pathology and injuries of the upper limbs, a review of domestic and foreign sources of open databases was carried out. The calculation of the needs for orthotics of the upper limbs was carried out on the model of Tatarstan and the Volgograd region. The research materials of the Federal Center for Support of the Development and Production of Exoprostheses of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education VolgGMU of the Ministry of Health of Russia were used in the work.

Results: Specialists of the Center for Exoprosthetics of the Volg State Medical University developed a passive exoskeleton of the upper limb "EKZAR-34" for habilitation and rehabilitation of patients with symptoms of upper flaccid paresis. The advantages of the development are complemented by affordability, technical feasibility and wide application possibilities. Currently, on the basis of the Center for Exoprostheses of the VolgGMU, participants in combat operations and non-combatants of the Northern Military District are undergoing rehabilitation using the EXAR-34. The need for orthotics, calculated on the model of Tatarstan and the Volgograd region, demonstrates the continuity of rehabilitation of wartime and peacetime, as a general trend in personalized medicine aimed at the needs of a particular patient.

Conclusion: Attention to the problem of rehabilitation should be permanent, reflecting the position of society towards vulnerable groups, based on the ethics of respect and care.

Keywords: rehabilitation, combatants, exoprosthesis, ethics of care

Submitted 16.01.2023; accepted 18.02.2023; published 15.05.2023.

Актуальность

Реабилитация комбатантов, как фрагмент их аутентичной ресоциализации в мирной жизни, отражает общие тенденции отношения общества к группе уязвимых лиц, тесно связана с этикой войны, этикой заботы и деонтологией военной медицины. В национальных источниках наиболее полно представлены исследования медико-социальных аспектов ресоциализации участников боевых действий в Афганистане и объединенной группировки войск в Чеченской Республике (Афганской и Чеченской войн) [1, 2].

В настоящих реалиях Специальной военной операции (далее СВО) исследователей интересуют медико-социальные последствия гибридной войны в условиях применения не только обычных средств поражения, но и современных (сверхвысокоточного, биотехнологичного и др.) с особой структурой санитарных потерь.

Медицинский аспект проблемы связан с разработкой технологичных и экономических средств, позволяющих сократить сроки реабилитации и вернуть трудо-(бое-)способность комбатантам.

Цель исследования

Показать возможности медицинской реабилитации комбатантов СВО с использованием экзопротезов в контексте этики заботы.

Материалы и методы

Для демонстрации медико-социальных перспектив реабилитации патологии и травм верхних конечностей проведен обзор отечественных и зарубежных источников открытых баз данных. В работе использованы материалы исследований Федерального центра поддержки разработки и производства экзопротезов федерального государственного бюд-

жетного образовательного учреждения высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – Центр экзопротезов ВолгГМУ).

Результаты и их обсуждение

Необходимость ранней и эффективной медицинской реабилитации участников боевых действий определяется рядом социальных, этических и демографических факторов. Демографический аспект проблемы отражает общую демографическую ситуацию в России с тенденцией к росту лиц старше трудоспособного возраста на фоне снижения трудоспособного населения (www.fedstat.ru), в том числе с учетом потерь (безвозвратных и санитарных) в Специальной военной операции.

Этический (философский) контекст реабилитации комбатантов связан с ментальной рефлексией участников локальных войн, рассмотренный на модели Афганской и Чеченской войн. В то же время исследователи отмечают, что наиболее полно феномен представлен в американской и европейской литературе на примере ветеранов Вьетнамской войны, известный по зарубежным публикациям как *trauma* и *memory studies*, и требующий развития аналогичных исследовательских практик в отечественной науке [3].

В общей концепции реабилитации психологическое сопровождение рассматривается как коррекция посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) – отсроченной по времени психопатологической комплексной реакции на психотравматическое событие, впервые описанного В.М. Бехтеревым в работе «Война и психозы» (1914). Частота ПТСР среди ветеранов афганской войны в возрасте до 36 лет составила 19 %;

Чеченской – 17 % [1]. Таким образом, можно прогнозировать развитие ПТСР у каждого пятого комбатанта СВО и высокую потребность в их реабилитации.

Исследования на модели ветеранов локальных войн показали, что наиболее выражен ПТСР у лиц с травмами верхних и нижних конечностей, в том числе ампутантов [4, 5].

В структуре моральных и этических компонентов ПТСР доминирует личностная рефлексия на общественное «непризнание» социальных заслуг (героизм и самопожертвование в интересах общества), усугубляемое состоянием уязвимости физической травмы и потери трудо-(бое-)способности. В боевой обстанов-

ке ограничены наиболее значимые, по теории иерархии А. Maslow (1943), витальные потребности: в пище и воде, в жилище, в безопасности. Ограничение базовых потребностей блокирует развитие социальных и духовных потребностей более высоких иерархий (в признании, в достижениях, в самоуважении). Участники боевых событий, возвращаясь к мирной жизни, ожидают социальный отклик на ситуацию самопожертвования, экспектируя высокую социальную оценку пережитого опыта. Междисциплинарный характер рассматриваемой проблемы демонстрируют результаты информационного поиска на платформе Киберленинка с глубиной в 5 лет (рис. 1).

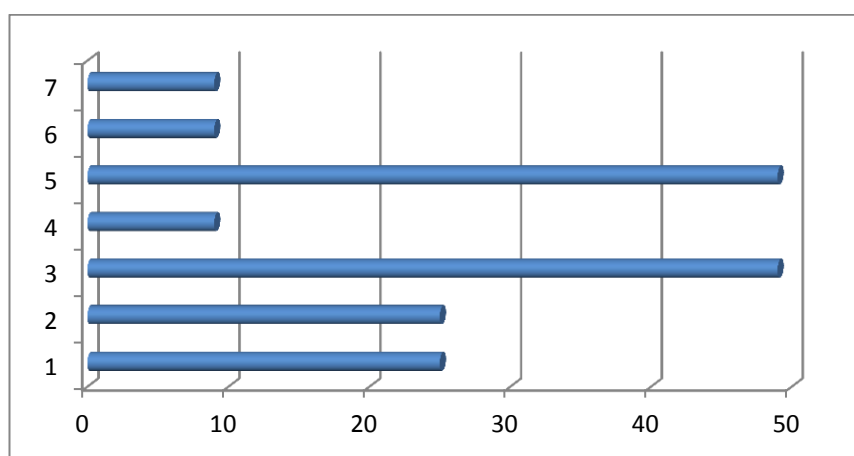


Рис. 1. Структура публикаций по запросу «реабилитация комбатантов» на платформе Киберленинка 2019–2023 г.

По оси абсцисс – число публикаций, по оси ординат – область научного знания:

1 – клиническая медицина; 2 – науки о здоровье; 3 – психологические науки; 4 – социологические науки; 5 – политологические науки; 6 – право, политика, философия; 7 – философия, этика, религиоведение

Научные публикации в рассматриваемом проблемном поле представлены в наукометрических базах РИНЦ (категоризированные ВАК) – 137, Scopus – 29, RSCI – 25, ESCI – 15, CAS – 12.

Обращает внимание преобладание научных публикаций гуманитарных наук над медицинскими (и науками о здоровье) в 2,5 раза, что подчеркивает глубокий социальный смысл рассматриваемой проблемы.

В то же время, безусловно, последствия боевой травмы требуют медицинской коррекции, что инициирует поиск инновационных подходов к реабилитации в целом и к разработке медицинских изделий в частности [6]. В этом отношении особое значение имеет восстановление функций верхних конечностей, играющих приоритетную роль в жизнеобеспечении, реализации трудовых, творческих, коммуникативных потребностей. Кроме того, если для компенсации поражений нижних конечностей разработаны средства мобильности, гарантируемые государством (ходунки,

коляски, автомобили и т. п.), то для верхних конечностей перечень аналогичных средств ограничен.

Специалистами Центра экзопротезов ВолГМУ разработан пассивный экзоскелет верхней конечности «ЭКЗАР-34» для абилитации и реабилитации больных с симптомокомплексом верхнего вялого пареза, начиная с самого раннего этапа восстановительной терапии [7]. Преимущества разработки дополняются ценовой доступностью, технической выполнимостью и возможностями широкого применения.

Экзоскелет «Экзар-34» был разработан в «мирных целях» для лиц, страдающих синдромом верхнего вялого пареза, нуждающихся в таком виде реабилитационного лечения, при котором осуществляется постоянное воздействие на обратную биологическую связь между центральным и периферическим отделом нервной системы, и дополнял медикаментозную терапию.

В настоящее время на базе Центра экзопротезов ВолГМУ проходят реабилитацию с применением «ЭКЗАР-34» участники боевых действий и

некомбатанты СВО. Потребность в ортезировании, рассчитанная на модели Татарстана и Волгоградской области (рис. 2) демонстрирует, преобладание реабилитации военного и мирного времени как общую тенденцию персонализированной медицины, направленной на потребности конкретного пациента. В этом контексте численный показатель потребности носит

экономический характер, отражая материальные затраты, и не может применяться в качестве приоритетного. Современная медицинская гуманитаристика, ориентированная на этику заботы, определяет личностный подход к каждому пациенту, даже несмотря на низкую распространенность нозологии (например, пациентов с орфанными заболеваниями).

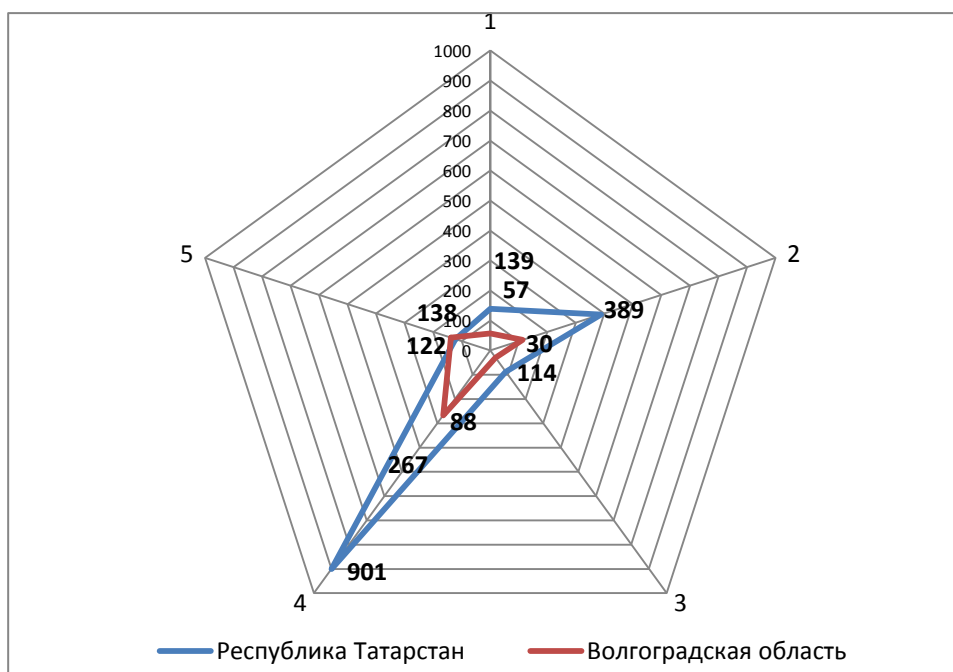


Рис. 2. Фрагмент расчета нуждающихся в ортезировании экзоскелетом «ЭКЗАР-34» по данным официальных отчетов медицинских организаций Республики Татарстан и Волгоградской области. Нозологическая структура нуждающихся: 1 – последствия черепно-мозговых травм с наличием гемипареза и монопареза верхних конечностей, 2 – восстановление утраченных функций верхних конечностей после инсульта головного мозга с гемипарезом и монопарезом верхней конечности, 3 – спинальная амиотрофия, 4 – детский церебральный паралич, 5 – плечевая плексопатия

Заключение

Проведенное исследование демонстрирует конвергентный интерес к проблеме реабилитации комбатантов в области медико-биологических и социально-гуманитарных наук. Текущие политические события обострили внимание к реабилитации как комплексу государственных мер медицинской, психологической и социальной поддержки, инициировали поиск технологичных и экономичных средств реабилитации. В то же время внимание к проблеме реабилитации должно носить перманентный характер, отражая позицию общества к уязвимым группам, основанную на этике уважения и заботы.

Дополнительная информация

Вклад авторов. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и

подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).

Источник финансирования. Статья подготовлена при поддержке Фонда президентских грантов № 22-3-003591.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Additional info

Author contribution. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Funding source. The article was prepared with the support of the Presidential Grants Fund No. 22-3-003591.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Караяни А.Г. Психологическая реабилитация участников боевых действий. Монография. 2003. 82 с.
2. Философские аспекты адаптации реабилитируемых в процессе медико-психологической реабилитации / А.М. Бурлак, В.Е. Юдин, М.В. Лямин, М.Д. Дыбов // Философия и общество. 2004. № 1. С. 138–154.
3. Николаи Ф., Кобылин И. Американские trauma studies и пределы их транзитивности в России Кухонные разговоры с ветеранами локальных конфликтов // ЛОГОС. 2017. № 27(5). С. 115–136.
4. Бурлак А.М. Особенности психологического статуса у раненых с дорсопатиями при боевой травме верхних конечностей // Вестник восстановительной медицины. 2012. № 1. С. 7–11.
5. Бурлак А.М., Белякин С.А. Организационно-методические подходы к медицинской реабилитации раненых с последствиями боевой травмы верхних конечностей в условиях реабилитационного центра // Военно-медицинский журнал. 2012. № 8. С. 48–53.
6. Старостин О. А., Соловьев А. Г., Барачевский Ю. Е. Коррекция нарушений психофизиологических функций у специалистов «опасных» профессий путем сочетанного использования физических факторов // Экология человека. 2012. № 5. С. 36–40.
7. Воробьев А.А., Петрухин А.В., Засыпкина О.А. Экзоскелет как новое средство в абилитации и реабилитации инвалидов (обзор) // Современные технологии в медицине. 2015. № 7(2). С. 185–197.

REFERENCES

1. Karayani A.G. Psychological rehabilitation of combatants. Monograph. 2003. 82 (in Rus.).
2. Burlak A.M., Yudin V.E., Lyamin M.V., Dybov M.D. Philosophical aspects of adaptation of those rehabilitated in the process of medical and psychological rehabilitation. *Filosofiya i obshchestvo* = *Philosophy and society*. 2004;1:138–154. (in Rus.).
3. Nikolai F., Kobylin I. American trauma studies and the limits of their transitivity in Russia Kitchen conversations with veterans of local conflicts. *LOGOS*. 2017;27(5):115–136. (in Rus.).
4. Burlak A.M. Features of the psychological status of the wounded with dorsopathies with combat trauma of the upper limbs. *Vestnik vosstanovitel'noi meditsiny* = *Bulletin of Rehabilitation Medicine*. 2012;1:7–11. (in Rus.).
5. Burlak A.M., Belyakin S.A. Organizational and methodological approaches to the medical rehabilitation of the wounded with the consequences of a combat injury of the upper limbs in a rehabilitation center. *Voенно-meditsinskii zhurnal* = *Military Medical Journal*. 2012;8:48–53. (in Rus.).
6. Starostin O. A., Solovyov A. G., Barachevsky Yu. E. Correction of disorders of psychophysiological functions in specialists of "dangerous" professions by the combined use of physical factors. *Ekologiya cheloveka* = *Human Ecology*. 2012;5:36–40. (in Rus.).
7. Vorobyov A.A., Petrukhin A.V., Zasyapkina O.A. Exoskeleton as a new tool in the habilitation and rehabilitation of the disabled (review). *Sovremennye tekhnologii v meditsine* = *Modern technologies in medicine*. 2015;7(2):185–197. (in Rus.).

Информация об авторах

А.А. Воробьев – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии, заместитель директора по научной работе Федерального центра поддержки разработки и производства экзопротезов ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России, руководитель лаборатории инновационных методов реабилитации и абилитации ГБУ ВМНЦ, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8378-0505>, E-mail: cos@volgmed.ru

А.Д. Доника – кандидат медицинских наук, доктор социологических наук, профессор, старший научный сотрудник Лаборатории этической, правовой и социологической экспертизы в медицине ГБУ ВМНЦ, заведующая кафедрой философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины Института общественного здоровья ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3905-5538>, Scopus Authors ID: 57190221899, E-mail: addonika@yandex.ru ✉

И.М. Горелик – специалист Федерального центра поддержки разработки и производства экзопротезов ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России, младший научный сотрудник лаборатории инновационных методов реабилитации и абилитации ГБУ ВМНЦ, E-mail: gorelik1969@gmail.com

Ф.А. Андриященко – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник лаборатории инновационных методов реабилитации и абилитации ГБУ ВМНЦ, E-mail: andrewshenko@mail.ru

Information about authors

Alexander A. Vorobiev – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Operative Surgery and Topographic Anatomy, Deputy Director for Research of the Federal Center for Support of the Development and Production of Exoprostheses of the Volgograd State Medical University, Head of the Laboratory of Innovative Methods of Rehabilitation and Habilitation of the Volgograd Medical Research Center, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8378-0505>, E-mail: cos@volgmed.ru

Alena D. Donika – Doctor of Science (Sociology), Professor, Senior Researcher of Ethical, judicial and sociological expertise in medicine Department of the Volgograd Medical Research Center, Head of the Department of Philosophy, Bioethics and Law with the Course of Sociology of Medicine at the Institute of Public Health of the Volgograd State Medical University, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8203-6634>, Scopus Authors ID: 57190221899, E-mail: addonika@yandex.ru ✉

Ilya M. Gorelik – Specialist of the Federal Center for Support of the Development and Production of Exoprostheses of the Volgograd State Medical University, Junior Researcher of the Laboratory of Innovative Methods of Rehabilitation and Habilitation of the Volgograd Medical Research Center, E-mail: gorelik1969@gmail.com

Fedor A. Andryushchenko – Candidate of Medical Sciences, Senior Researcher, Laboratory of Innovative Methods of Rehabilitation and Habilitation of the Volgograd Medical Research Center, E-mail: andrewshenko@mail.ru

Рецензия на книгу

УДК 172.174

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2023-16-1-44-46>

Новый взгляд на философию медицины (рецензия на учебник Н.Н. Седовой «Философия медицины»)

Нарине Липаритовна Вигель*Ростовский государственный университет, Ростов-на-Дону, Россия*

Аннотация. Учебник Н.Н. Седовой «Философия медицины», предназначенный для студентов специалитета, а также для аспирантов медицинских вузов, слушателей дополнительного образования, дополнительного профессионального образования и непрерывного медицинского и фармацевтического образования, представляет собой актуальную оригинальную и своевременную работу по анализу медицинской деятельности с точки зрения гуманитарного контекста современного научного знания. Наряду с успехами и достижениями, сегодня медицинское знание носит несистематизированный и фрагментарный характер, основной акцент делается не на способы и методы управления внутренними резервами человека, а на создание все новых и новых технологических перспектив и лекарственных средств. В медицине отсутствует философский базис, наличие которого было бы способно представить как общее направление развития медицинской теории и практики, так и интерпретацию достигнутых нововведений, их концептуализацию.

Ключевые слова: философия медицины, медицинская онтология, медицинская гносеология, аксиология, биоэтика, медицинская праксиология

Book review

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2023-16-1-44-46>

A new view on the philosophy of medicine (Review of the textbook by N.N. Sedova "Philosophy of Medicine")

Narine L. Vigel*Rostov-on-Don State medical University, Rostov-on-Don, Russia*

Abstract. N.N. Sedova's textbook "Philosophy of Medicine", intended for specialty students, as well as for graduate students of medical universities, students of DO, DPO and NMFO, is a relevant original and timely work on the analysis of medical activity from the point of view of the humanitarian context of modern scientific knowledge. Along with successes and achievements, today medical knowledge is unsystematized and fragmented, the main focus is not on the ways and methods of managing the internal reserves of a person, but on the creation of more and more new technological prospects and medicines. In medicine, there is no philosophical basis, the presence of which would be able to represent both the general direction of the development of medical theory and practice, and the interpretation of the innovations achieved, their conceptualization.

Keywords: philosophy of medicine, medical ontology, medical epistemology, axiology, bioethics, medical praxeology

В новом, и пока единственном в России, учебнике Н.Н. Седовой «Философия медицины» [1] автором предложена и логически обоснована новая структура философско-медицинского знания: медицинской онтологии, медицинской гносеологии, медицинской аксиологии и медицинской праксиологии. При рассмотрении медицинской онтологии делается вывод о ее бинарности: с точки зрения философии, вопрос о том, быть ли человеку, всегда остается положительным,

а медики о нем никогда не задумываются, поскольку профессия врача существует только тогда, когда есть пациент. Возникает резонный вопрос о том, когда начинается бытие человека? Вероятнее всего, с момента рождения. А если у семейных пар возникает проблема с деторождением? Сегодня им приходят на помощь ВРТ, которые, с одной стороны, расширяют границы человеческого бытия в противовес естественному отбору, с другой стороны, применение ВРТ

не влечет за собой решения моральных и правовых проблем. Следует указать, что ВРТ применяют также в случаях, когда есть вероятность возникновения генетических нарушений плода, для предотвращения передачи вирусных заболеваний партнеру или будущему ребенку, кроме того, дают возможность иметь ребенка одинокой женщине. В связи с этим возникают этические и социокультурные вопросы, особенно жаркие дебаты разгораются при обсуждении суррогатного материнства и суррогатного отцовства, где этическими экспертами становятся сами медики, ориентированные на утилитаризм, основанием которого является «польза» без учета ценности. Хотя медицинское участие в решении данного вопроса может быть выражено в оценке клинических перспектив матери и плода, а суждения о качестве и границах бытия уместны только с философских позиций. Аксиологическое пространство философии подменяется медицинским мировоззрением, которое зачастую носит субъективный характер.

Современная культура подверглась многогранным культурным и мировоззренческим трансформациям, результатом которых становится трансформация идеалов и ценностей, что позволяет достоверно демонстрировать метаморфозы в мировоззрении людей, их ценностно-мотивационную ориентацию. Если лет двадцать тому назад происходящие трансформации декларировали свободу самовыражения и поведения вопреки общественному мнению, культивирование таких ценностей, личностных качеств и свойств, как «польза», «правильные маркетинговые решения» в качестве распространенных атрибутов культуры, традиционные ценности и идеалы постепенно вытеснялись из культуры, поскольку становились все менее актуальными и востребованными, то сегодня наблюдается возрождение традиционных ценностей, основанных на помощи и сострадании, добре и благе, справедливости и стремлении к истине. В Специальной военной операции мы становимся свидетелями героизма и самоотверженности, мужества наших сограждан в утверждении российских традиционных ценностей, которые коренным образом противостоят западным ценностям «свободы». Возвращение к исконным традиционным ценностям человека и человечества должно происходить и в медицине (его осмысление). В СМИ освещается, как российские врачи в полевых условиях провели операцию и спасли жизнь украинского солдата, украинские пленные поблагодарили российских врачей и т. д. Долг врача – оказывать помощь страждущему, даже тем, которые стреляют в наших солдат в зоне боевых сражений.

Особое значение для философии медицины имеет тема отношения человека к смерти, поскольку на протяжении всей человеческой истории отношение к смерти в разных культурах было и остается весьма различно. Абсолютное большинство людей и сегодня, сознавая ее неотвратимость, никак не могут с этим примириться. О смерти, как таковой, раздумывает среди живущих только человек. Ужас смерти, горе по поводу погребения и страх перед исчезновением мертвого тела – это есть следствие потери индивидуальности, причиняемой смертью. Только с осознанием личностью индивидуальности неизменно возникает у нее страх перед неминуемой смертью. Несмотря на этот страх, вызываемый неотвратимостью смерти, у человека есть еще возможность «забыть» о ней, поставив на первый план смысл жизни. Это – естественное свойство человека, позволяющее рисковать своей жизнью, выражая тем самым способность к реализации возможности активно и продуктивно действовать.

Важнейшей компонентой в философии медицины стала потребность в философском осознании идентичности человеческого существа. Речь идет об осознании неизбежности биологической смерти человека и о необходимости определения критериев полной или частичной смерти мозга, права собственности на генетическую информацию и вопросы защиты ее идентификации. При рассмотрении всех этих и многих других биоэтических проблем сохранения здоровья людей остро встает задача философского осмысления и научного рассмотрения новейших знаний о жизни как таковой и человеческой жизни, в особенности. Жизнь людей сопряжена с социально-исторической и творческо-созидательной деятельностью. При этом единство жизни и деятельности представляется в виде целостной ко-эволюции человека со всей земной биосферой, гармонического процесса естественного сосуществования людей с природой.

Проблема жизни и смерти человека – сложнейшая философская и медико-биологическая проблема, которая имеет особый философско-мировоззренческий и морально-правовой смысл. С общебиологической точки зрения, смерть – это один из факторов всеобщей эволюции, ее своеобразный двигатель. В результате смерти и смены поколений людей происходит естественный отбор наиболее приспособленных к жизни. Как говорили в древности, *mors creator vitae est* – «творцом жизни является смерть». Жить – значит умирать, то есть постепенно приближаться к своему естественному и неизбежному концу. Однако эта диалектика жизни и смерти не должна порождать

в сознании людей трагического чувства приближающегося конца.

В современной теории трансгуманизма предлагается обрести человеческое бессмертие в виртуальной реальности, то есть по окончании своего земного пути человек может продолжить существование в виртуальности.

Существует проект бессмертия человека в результате «загрузки» сознания в виртуальную среду, что представляет собой концепцию прогрессивных технологий, позволяющих транслировать личность индивида на долговременных носителях информации.

Особое внимание в учебнике Н.Н. Седовой «Философия медицины» уделяется медицинской гносеологии. В этом разделе задается животрепещущий вопрос о том, является ли информатизация наукой? Недооценка научного знания, принижение роли фундаментальных наук по сравнению с новыми технологическими и техническими решениями – это результат новых методов получения информации. Технологии смогут воспроизводить сами себя не на основе разума ученых, а на основе искусственного интеллекта. В основе чего будет имитация разума. И тогда возникает вопрос о том, можем ли называть продукт работы искусственного интеллекта знанием и сможет он устанавливать истину там, где для эффективной работы потребуется мнение. В вопросах для размышления автором ставится задача о том, сможет ли искусственный интеллект заменить врача. Скорее всего, на основе полученных результатов анализов будет поставлен диагноз и далее по алгоритму лечения пациент получит лечение. Зато пациентов будут принимать во время и без огромных очередей (как это практикуется в поликлинике).

Следующий раздел учебника посвящен медицинской праксиологии, которая имеет неподтвержденный философский статус. Часть контента праксиологии взяла социальная философия, а другую – социальная психология, общая психология и социология. Автор дает определение праксиологии как философской концепции деятельности, совмещающей представления об общих правилах и ценностях кооперированных действий. При этом структура действия

остается инвариантом в любых практиках: мотив – средства – цель.

Для медицины тут актуально следующее. Мотив – это ценность жизни во всех ее проявлениях. Средства – научная медицина. Цель – сохранение жизни и (или) возвращение здоровья.

Подробно рассмотрен статус медицины как социального института и ее связи с другими социальными институтами общества (государством, правом экономикой, политикой и образованием).

Достоинством учебника являются иллюстративные примеры, кейсы из практики деятельности медицины в период пандемии коронавирусной инфекции.

Рецензируемый учебник представляет собой анализ современной ситуации в современной медицине, которая нуждается в философском обосновании и гуманитарной экспертизе своих достижений для социального прогноза своего развития. Седова Н.Н. логично, обоснованно и доказательно указывает, что в этом процессе должны принимать участие и специалисты в области философии и специалисты в области медицины.

Дополнительная информация

Источник финансирования. Автор заявляет об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Конфликт интересов. Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Additional Information

Funding source. The author states that there is no external funding for the study.

Competing interests. The author declares the absence of obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

Седова Н.Н. Философия медицины. М.: КНОРУС. 2023. 154 с.

REFERENCES

1. Sedova N.N. Philosophy of Medicine. Moscow, KNORUS Publ., 2023. 154 p. (in Rus)

Информация об авторе

Н.Л. Вигель – заведующая кафедрой философии Ростовского государственного медицинского университета, доктор философских наук, профессор, ORCID ID: 0000-0003-0382-4665 E-mail: 22nara@mail.ru

Information about author

Narine L. Vigel – Head of the Department of Philosophy of the Rostov-on-Don State Medical University, Doctor of Philosophy, Professor, ORCID ID: 0000-0003-0382-4665, E-mail: 22nara@mail.ru

ПАМЯТИ ДРУГА



Из Кишинева пришла печальная весть – скончался наш хороший друг, член редколлегии нашего журнала, основатель Национальной школы биоэтики в Республике Молдова Теодор Николаевич Цырдя. В прошлом году мы поздравляли его с 85-летним юбилеем. Не думали, что год спустя уже не сможем поздравить его с днем рождения.

Теодор Николаевич имел два высших образования – он окончил физико-математический факультет Кишиневского государственного педагогического института (1958) и факультет автоматики и приборостроения Харьковского политехнического института (1969), а потом поступил в аспирантуру по философии (1975). Все его философские работы отличались ясностью и четкостью мысли, а научные интересы концентрировались вокруг актуальнейших проблем кибернетики, информатики, теории познания. Тема его кандидатской диссертации – «Проблема социальной информации» (1975), докторской – «Информатизация, познание и социальное управление: философско-методологические и социальные проблемы» (1992). С 1987 по 1999 г. он заведовал кафедрой философии в Кишиневском госуниверситете, а с августа 1999 по 2008 г. – кафедрой философии и биоэтики государственного университета медицины и фармации Республики Молдова. Его интерес к биоэтике не был случайным, поскольку внедрение новых информационных технологий, о которых он так много думал, говорил, писал, сопровождалось социальными рисками. Будучи настоящим, ответственным ученым, Теодор Николаевич понимал, что нужно разработать систему предупреждения техногенных и информационных рисков, защитить живое от экспансии неживого. Его разработки в области социальной биоэтики, результаты которых он представлял, в том числе, и на страницах нашего журнала, вызывали большой интерес не только в научной среде. Он работал до последнего, у него всегда были новые идеи и планы на будущее – реальные, которые он всегда реализовал со своими единомышленниками.

Теодор Николаевич Цырдя был действительным членом Академии информатики Украины (1992); академиком Международной академии информатизации (1996), академиком Международной академии ноосферы (1998). Но главное – он был Человеком, умным, справедливым, добрым. И настоящим ученым. Скорбим... Помним... Благодарим...

*Редколлегия
журнала «Биоэтика (Bioethics)»*

Научное издание

БИОЭТИКА (BIOETHICS)

Федеральный научно-практический журнал Т. 16, № 1. 2023

Свидетельство ПИ № ФС 77-75405 от 01.04.2019 г.

Журнал зарегистрирован
Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий
и массовых коммуникаций

Выпускающий редактор М. Ю. Лепеско
Редактирование Н. Н. Золиной
Художественное и техническое редактирование,
компьютерная верстка М. Н. Манохиной

Директор Издательства ВолгГМУ И. В. Казимирова

Дата выхода в свет 20.05.2023 г. Формат 60х84/8.
Усл. печ. л. 5,58. Уч.-изд. л. 5,11. Тираж 100 экз. Заказ № 139. Цена свободная.

Учредитель: федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
400131, Волгоград, пл. Павших борцов, 1

Адрес редакции:
400131, Волгоград, пл. Павших борцов, 1

Отпечатано в производственно-полиграфическом отделе Издательства ВолгГМУ.
400006, Волгоград, ул. Дзержинского, 45

Подписной индекс: ПП526