

ISSN 2070-1586

16+

Биоэтика

BIOETHICS

Федеральный
научно-
практический
журнал

Том 17,
№ 2. 2024



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.), академик РАН,

доктор медицинских наук, профессор

Шкарин В.В. (Shkarin V.)

доктор медицинских наук, профессор, 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.)

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.)

Силуянова И.В. – д. филос. н., профессор, Москва, Россия
(Siluyanov 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.)

Биоэтика

BIOETHICS

Федеральный научно- практический журнал

Том 17, № 2. 2024

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
- Scientific Indexing Services

Сайт журнала:

<https://bioethicsjournal.ru/>

Архив доступен на странице:

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



Волгоград
Издательство
ВолгГМУ
2024

СТРАНИЦА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Седова Н.Н.

Гуманитарная экспертиза в высшем медицинском образовании с позиций реализации Указа Президента Российской Федерации № 809..... 3

PAGE OF THE EDITOR-IN-CHIEF

Sedova N.N.

Humanitarian expertise in higher medical education from the perspective of implementing the Decree the President of the Russian Federation No. 809..... 3

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ БИОЭТИКА

Комлев А.Е.

Эпистемологические и этические проблемы концепции доказательной медицины 7

Бушля А.А.

Негативное отношение к врачу в обществе в начале становления медицины как культурного комплекса 16

Иванов К.В.

Причина актуальности проблемы паллиативной медицины в «зеркале» шумеро-аккадской мифологии..... 21

THEORETICAL BIOETHICS

Komlev A.E.

Epistemological and ethical issues of evidence-based concept in medicine 7

Bushlia A.A.

Negative attitude towards a doctor in society at the beginning of the formation of medicine as a cultural complex..... 16

Ivanov K.V.

The cause of the current of the problem of palliative medicine in the “mirror” of shmerian-akkadian mythology 21

ПРАКТИЧЕСКАЯ БИОЭТИКА

Перепелкин А.И., Власова Е.В., Перепелкина А.А.

Исторические аспекты биоэтики исследований и инноваций в детской хирургии 27

Щекин Г.Ю., Лукаш А.И.

Этика патриотизма в зеркале социологии 36

PRACTICAL BIOETHICS

Perepelkin A.I., Vlasova E.V., Perepelkina A.A.

Historical aspects of bioethics of research and innovation in pediatric surgery..... 27

Shchekin G.Yu., Lukasz A.I.

Ethics of patriotism in the mirror of sociology 36

ПРИКЛАДНАЯ БИОЭТИКА

Светличная Т.Г., Смирнова Е.А.

Отношение социума к лицам с психическими расстройствами и психиатрической помощи 41

Потапова О.Н.

Этико-правовые проблемы организации психологической помощи в России 48

Ткаченко Е.А., Литвиненко А.А.

Размышления об аксиологической парадигме медицинского образования 54

APPLIED BIOETHICS

Svetlichnaya T.G., Smirnova E.A.

The attitude of society towards people with mental disorders and psychiatric care 41

Potapova O.N.

Ethical and legal problems of organization of psychological help in Russia 48

Tkachenko E.A., Litvinenko A.A.

Reflections on the axiological paradigm of medical education 54

Редакторская заметка

УДК 17:177

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2024-17-2-3-6>

Гуманитарная экспертиза в высшем медицинском образовании с позиций реализации Указа Президента Российской Федерации № 809

Наталья Николаевна Седова

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Аннотация. В Санкт-Петербурге 28–30 июля 2024 г. прошел Форум гражданских инициатив «Россия 809». Для того чтобы понять всю важность и социальное значение этого мероприятия, нужно вернуться немного назад. В 2014 г. был обнародован Указ Президента Российской Федерации от 24 декабря 2014 г. № 808 «Об утверждении Основ государственной культурной политики» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2014, № 52, ст. 7753). Происходившие в мире события заставили вернуться к некоторым, чтобы не сказать «многим», положениям этого документа и серьезно его дополнить. Это было сделано в двух документах: Указе Президента России «Об утверждении Основ государственной политики по сохранению и укреплению традиционных российских духовно-нравственных ценностей» от 9 ноября 2022 г. № 809 и Указе Президента Российской Федерации «О внесении изменений в Основы государственной культурной политики, утвержденные Указом Президента Российской Федерации от 24 декабря 2014 г. № 808» от 25 января 2023 г. № 35.

Ключевые слова: традиционные ценности, Указ Президента РФ, высшее образование, гуманитарная экспертиза, непрерывное гуманитарное образование

Статья опубликована 20.11.2024.

Editorial note

doi: [://doi.org/10.19163/2070-1586-2024-17-2-3-6](https://doi.org/10.19163/2070-1586-2024-17-2-3-6)

Humanitarian expertise in higher medical education from the perspective of implementing the Decree the President of the Russian Federation No. 809

Natalya N. Sedova

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

Abstract. The Forum of Civil Initiatives “Russia 809” was held in St. Petersburg on July 28–30, 2024. In order to understand the full importance and social significance of this event, you need to go back a little bit. In 2014, Decree of the President of the Russian Federation No. 808 dated December 24, 2014 “On Approval of the Fundamentals of State Cultural Policy” (Collection of Legislation of the Russian Federation, 2014, No. 52, Article 7753) was published. The events taking place in the world forced us to return to some, not to say “many”, provisions of this document and seriously supplement it. This was done in two documents: Decree of the President of Russia “On Approval of the Foundations of State Policy for the Preservation and Strengthening of Traditional Russian Spiritual and Moral Values” dated November 9, 2022 No. 809 and Decree of the President of the Russian Federation “On Amendments to the Foundations of State Cultural Policy approved by Decree of the President of the Russian Federation dated December 24, 2014 No.808” dated January 25, 2023 No. 35.

Keywords: traditional values, Decree of the President of the Russian Federation, higher education, humanitarian expertise, continuing humanitarian education

Submitted 20.11.2024.

© Седова Н.Н., 2024

© Sedova N.N., 2024

This article can be used under the CC BY-NC-ND 4.0 License

В Указе № 35 от 25.01.2023 г. определены базисные положения для выработки государственной культурной политики: «Перед Российской Федерацией стоит задача сбережения народа России, сохранения фундаментальных ценностей и принципов, на которых основано единство российского общества, обеспечения дальнейшего развития страны как социального государства, гарантирующего защиту прав и свобод человека, повышение качества жизни граждан. Это возможно только при условии планомерных и последовательных инвестиций в человека, в сохранение и укрепление общероссийской гражданской идентичности на основе традиционных российских духовно-нравственных ценностей. В недавнем прошлом такие вложения были явно недостаточными, что создало угрозу гуманитарного кризиса»¹.

Принципиальное значение в современной ситуации в России и в мире имеют положения Указа № 809, они конкретны, чрезвычайно актуальны и ориентированы четко на общество в целом, на территориальные образования и социальные группы, на каждого человека. Можно предположить, что без детализации и категориальной определенности системы традиционных российских ценностей, задачи прогрессивного развития России решены быть не могут. Это было центральной проблемой петербургского Форума «Россия 809». Необычное название объясняется просто: Форум был посвящен реализации Указа Президента России «Об утверждении Основ государственной политики по сохранению и укреплению традиционных российских духовно-нравственных ценностей» от 9 ноября 2022 года № 809. Разработка и принятие этого Указа ориентированы, в первую очередь, на практические действия.

Какие же задачи определены в Указе Президента?

Вот основные:

«а) разработка органами публичной власти планов мероприятий по реализации настоящих Основ;

б) оценка проектов (в том числе информационных и иных материалов), программ и мероприятий на предмет соответствия традиционным ценностям при решении вопроса о целесообразности их государственной поддержки;

в) мониторинг достижения целей государственной политики по сохранению и укреплению тради-

ционных ценностей, в том числе выполнения планов мероприятий по реализации настоящих Основ»².

При этом характер таких действий должен логично вписываться в профессиональную или учебную деятельность каждого человека, быть не чем-то специально организованным в дополнение к жизнеобеспечивающим компонентам бытийности (семья, профессия, увлечения и т. п.), а базисным инвариантом личности, проявляющимся во всех ее действиях.

Каким образом можно этого достичь в области высшего образования? Знакомство с материалами форума, участие в дискуссиях, заседаниях круглых столов, мастер-классах позволило сформулировать некоторые положения и предложения, которые мы предлагаем рассмотреть и обсудить на страницах нашего журнала:

1. Необходимо повысить статус гуманитарного образования в непрофильных вузах: ввести сквозной график изучения гуманитарных дисциплин на всех курсах, на первых двух – теоретическая часть социально-гуманитарных дисциплин, ориентированная на профессию, на остальных – практикумы по выбору по социально-гуманитарным дисциплинам. Практикумы ведут совместно преподаватель-гуманитарий и преподаватель-специалист в данной дисциплине. Целесообразно утвердить единую номенклатуру гуманитарных дисциплин для всех непрофильных вузов. В системе ДПО: Обязательный курс по этико-правовым основам профессиональной деятельности.

2. Разработать и внедрить систему Непрерывного Гуманитарного Образования (НГО): включить гуманитарную проблематику в курсы профильных теоретических дисциплин и практикумов; предусмотреть обязательное повышение квалификации по гуманитарным наукам для преподавателей и специалистов негуманитарных направлений.

3. Разработать и ввести в социальную практику систему Гуманитарной экспертизы в высшем образовании с перспективой расширения ее применения. В работе «Основы гуманитарной экспертизы» Б. Г. Юдин пишет: «...необходима особого рода систематически организованная деятельность, направленная на прогнозирование вновь возникающих угроз для человеческого потенциала. Ядром такого рода деятельности, на наш взгляд, должна быть гуманитарная экспертиза» [1]. Гуманитарная экспертиза в высшем образовании в контексте реализации

¹ Указ Президента Российской Федерации от 25.01.2023 № 35 «О внесении изменений в Основы государственной культурной политики, утвержденные Указом Президента Российской Федерации от 24 декабря 2014 г. № 808» <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202301250004>

² Указ Президента Российской Федерации от 09.11.2022 № 809 «Об утверждении Основ государственной политики по сохранению и укреплению традиционных российских духовно-нравственных ценностей» <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202211090019>

стратегического национального приоритета «Защита традиционных российских духовно-нравственных ценностей, культуры и исторической памяти» – это экспликация ценностных ориентаций в выработке профессиональных навыков, оценка их содержания и корректировка применения.

Методика реализации Гуманитарной экспертизы (ГЭ):

Объект ГЭ. Образовательная, научная и практическая деятельность вуза.

Субъекты ГЭ. Независимая комиссия (по аналогии с этическими комитетами медицинских вузов и научных организаций). Выбирается общим собранием коллектива. Ротация – один раз в три года. 50 % членов – гуманитарии, 25 % – специалисты по профилю вуза, 25 % – представители общественности, не связанные личными, профессиональными или любыми другими отношениями с данным вузом.

Формы проведения ГЭ. Сбор информации о характере использования гуманитарных знаний и формировании духовно-нравственных ценностей у обучающихся. Открытое обсуждение. Выработка рекомендаций

Индикаторы. Указ 809, п. 1.5.

Результаты и использование. Рекомендации для субъектов государственной политики в гуманитарной сфере.

Какие риски выявляет гуманитарная экспертиза?

«... а) создание условий для саморазрушения общества, ослабление семейных, дружеских и иных социальных связей;

б) усиление социокультурного расслоения общества, снижение роли социального партнерства, обесценивание идей созидательного труда и взаимопомощи;

в) причинение вреда нравственному здоровью людей, навязывание представлений, предполагающих отрицание человеческого достоинства и ценности человеческой жизни;

г) внедрение антиобщественных стереотипов поведения, распространение аморального образа жизни, вседозволенности и насилия, рост употребления алкоголя и наркотиков;

д) формирование общества, пренебрегающего духовно-нравственными ценностями;

е) искажение исторической правды, разрушение исторической памяти;

ж) отрицание российской самобытности, ослабление общероссийской гражданской идентичности и единства многонационального народа России, создание условий для межнациональных и межрелигиозных конфликтов;

з) подрыв доверия к институтам государства, дискредитация идеи служения Отечеству, формирование негативного отношения к воинской службе и государственной службе в целом»³ (п.П.17).

Как реализовать положения Указа Президента в медицинском образовании?

Вариант 1. Выход в социальную практику.

В преподавании каждой клинической дисциплины в заключительной части цикла ввести занятие на тему «Социально-гуманитарные проблемы клинической практики». Контингент – студенты. Форма проведения занятия – лекция-диалог + практикум, 2 часа. Преподаватели – 1 клиницист и 1 гуманитарий.

Вариант 2. Непрерывный процесс.

Шаг 1

Курс 1–2 – теоретическая часть социально-гуманитарных дисциплин, ориентированная на медицинские профессии (например, философия медицины, а не философия; биомедицинская этика, а не биоэтика; медицинское право, а не правоведение и т.п.).

Шаг 2

Курс 3, 4, 5, 6 – практикумы по выбору по социально-гуманитарным дисциплинам (например, «Hard skills и Soft skills в профессиональной деятельности врача», «Медицина в решении демографической проблемы», «Профессиональная деятельность врача по повышению качества жизни», «Особенности общения с пациентами врача-геронтолога», «Новые биомедицинские технологии в клинической практике: польза и риски», «Пациентоориентированный подход в 4П-медицине», «Практическое использование достижений персонализированной медицины», «Теория доказательств и практика доказательной медицины», «Отношения врача и пациента: от рождения до смерти», «Социально-психологические методы в танатологии», «Принятие решений в медицинской практике», «Врачебная ошибка: причины и пути предупреждения», «Как овладеть навыками Soft Skills молодому врачу» и т.п.). Тематика практикумов по выбору определяется вузом с учетом приоритетных научных направлений и кадрового состава преподавателей.

Шаг 3

Ординатура. Обязательный курс по этико-правовым основам медицинской деятельности (72 ч, лекции 12 ч, практикум 30 ч, самостоятельная работа 30 ч). курсы по выбору по направлениям ординатуры «Социально-гуманитарные навыки в работе врача-..... (специальность)».

³ Указ Президента Российской Федерации от 09.11.2022 № 809 «Об утверждении Основ государственной политики по сохранению и укреплению традиционных российских духовно-нравственных ценностей» <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202211090019>

Шаг 4

Аспирантура. Обязательный курс «Методология научной деятельности в медицине». Курсы по выбору (например, «Этическая экспертиза клинических и доклинических исследований», «Защита прав пациента в клинических испытаниях», «Этические комитеты и этическое консультирование в медицине», «Критическое мышление и искусственный интеллект», «Логика и методология эмпирических исследований в медицине» и т. п.).

Наши предложения – варианты для размышлений. Будем признательны за ваше участие в их обсуждении.

Дополнительная информация

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

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, Волгоградский государственный медицинский университет, член Совета по этике клинических исследований Минздрава России, Волгоград, Россия; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6775-0787>, E-mail: nns18@yandex.ru

Information about author

N.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 Volgograd State Medical University of the Ministry of Health of Russia, member of the Clinical Research Ethics Council of the Ministry of Health of Russia, Volgograd, Russia; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6775-0787>, E-mail: nns18@yandex.ru

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

Additional information

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

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

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Ашмарин И.И., Юдин Б.Г. Основы гуманитарной экспертизы // Человек. 1997. № 3. С. 77. URL: https://zpu-journal.ru/gumtech/expert_exam/articles/2007/Yudin/#

REFERENCES

1. Ashmarin, I. I., Yudin, B. G. Fundamentals of humanitarian expertise. *Chelovek = Man*. 1997;3:77. (in Rus.). URL: https://zpu-journal.ru/gumtech/expert_exam/articles/2007/Yudin/#

Обзор

УДК 17:174

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2024-17-2-7-15>

Эпистемологические и этические проблемы концепции доказательной медицины

Алексей Евгеньевич Комлев*Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии имени академика Е.И. Чазова, Москва, Россия*

Аннотация. Несмотря на активное внедрение концепции «доказательной медицины» во все сферы медицинского образования, клинической науки и практического здравоохранения, эпистемологические проблемы этой новой научной реальности в настоящее время крайне недостаточно разработаны в философии науки.

Цель работы – обозначить эпистемологические и этические проблемы, присущие доказательному подходу в медицине.

Методы. Рассмотрены эпистемологические и этические аспекты концепции доказательной медицины.

Результаты. На сегодняшнем этапе развития доказательная медицина отражает переходную стадию от классической к неклассической научно-исследовательской парадигме. В связи с этим эпистемологические и этические аспекты концепции доказательной медицины требуют дальнейшего изучения и критического осмысления.

Выводы. Дискурс доказательности, принятый сегодня в медицине, направлен на увеличение объективности медицинских знаний с точки зрения их практического использования. Однако данный подход не лишен существенных недостатков, в том числе ему присуща переоценка статистических закономерностей в ущерб «индивидуальным клиническим различиям», неявный примат феноменологических установок над теоретическим слоем в постулируемой структуре научной программы, неоправданно быстрая доктринализация подхода и стигматизация его оппонентов.

Ключевые слова: доказательная медицина, персонализированная медицина, эпистемология, парадигма, медицинская этика

Статья поступила 10.02.2024; принята к публикации 02.04.2024; опубликована 20.11.2024.

Review

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2024-17-2-7-15>

Epistemological and ethical issues of evidence-based concept in medicine

Alexey E. Komlev*National Medical Research Center of cardiology named after acad. E.I. Chazov, Moscow, Russia*

Abstract. Despite of active implementation of the concept of “evidence-based medicine” into all areas of medical education, clinical science and practical healthcare, the epistemological problems of this new scientific reality currently remain underdeveloped in the philosophy of science.

Aim: to identify the epistemological and ethical problems inherent in the evidence-based approach in medicine.

Methods: The epistemological and ethical aspects of the concept of evidence-based medicine were considered.

Results: At the current stage, evidence-based medicine reflects a transitional stage from the classical to the non-classical research paradigm. In this regard, the epistemological and ethical aspects of the concept of evidence-based medicine require further study and critical reflection.

Conclusions: The discourse of evidence adopted in medicine today is aimed at increasing the objectivity of medical knowledge from practical point of view. However, this approach is not without significant drawbacks, including the overestimation of statistical patterns at the expense of “individual clinical differences”, the implicit primacy of phenomenological settings over the theoretical layer in the postulated structure of the scientific program, the unjustifiably rapid doctrinalization of the approach and the stigmatization of its opponents.

Keywords: evidence-based medicine, personalised medicine, epistemology, paradigm, medical ethics

Submitted 10.02.2024; accepted 02.04.2024; published 20.11.2024.

Начало XXI века ознаменовано появлением новой парадигмы в медицинской науке и практике, пришедшей на смену традиционному представлению о врачевании и получившей название «доказательной медицины» от англ. Evidence-based medicine. «Доказательная медицина – это использование результатов лучших клинических исследований для выбора лечения конкретного пациента, это интеграция лучших научных доказательств с клиническим опытом и ожиданиями пациентов» [1]. Данная концепция противопоставлена ранее принятым подходам, обозначаемым условно нейтральным термином «традиционная медицина», которому, тем не менее, систематически придаются отрицательные коннотации, неявно указывающие на недостаточную научность медицины в додоказательную эру. Речь при этом не идет о противопоставлении новых медицинских научных теорий опровергнутым старым, но предлагается новый критерий научности как таковой, а именно – верифицируемость любой гипотезы в ходе специально спланированного для этой цели клинического исследования.

Несмотря на активное внедрение концепции «доказательной медицины» во все сферы медицинского образования, клинической науки и практического здравоохранения, эпистемологические проблемы этой новой научной реальности в настоящее время крайне недостаточно разработаны в философии науки. В частности, в отечественной литературе последних лет имеются лишь единичные работы, посвященные данному вопросу [2, 3, 4]. Возникает ситуация, когда наивной критике новой парадигмы зачастую противопоставит столь же мало фундированная апология, в то время как специалисты в области истории и философии науки остаются в стороне от этой дискуссии.

Цель работы – обозначить эпистемологические и этические проблемы, присущие доказательному подходу в медицине.

Внедрение квалифицирующих инструментов для оценки объективности медицинских данных сыграло неоценимую положительную роль в движении медицины в сторону точной науки, позволило преодолеть избыточный и не всегда оправданный субъективизм в принятии клинических решений, помогло устранить ряд пагубных заблуждений и наконец, легло в основу четко сформулированных и стратифицированных по степени убедительности клинических рекомендаций. Сегодня мы не можем представить себе внедрение нового метода лечения только на том основании, что его автор – признанный научным сообществом авторитет в той или иной области медицины. Эффективность каждой гипотезы, прежде чем последняя будет допущена в общепотребительный научно-

практический оборот, отныне должна быть предварительно продемонстрирована с использованием максимально мощных доказательных инструментов. Само по себе это достойно всяческой похвалы, хотя в гносеологическом аспекте представляет собой не что иное, как возврат к верификационизму. Проблема возникает, когда требование неперенной доказательности в рамках предложенной шкалы начинает превращаться из желательной нормы в абсолютную, становится некоей абстрактной догмой, вне соответствия которой наука, если она желает именоваться таковой, уже не может существовать. Сегодня будущие врачи со студенческой скамьи впитывают представление о существовании подлинно научной, основанной на научных доказательствах медицины, которую им преподают и принципы которой они обязаны исповедовать. Под этим подразумевается, что, прежде всего, необходимо руководствоваться клиническими рекомендациями, основанными на доказательствах высокого качества. Кроме этой «правильной медицины» существует также реликтовая медицина прошлого, адепты которой вопреки научному подходу продолжают рассказывать о клиническом мышлении, структуре диагностических ошибок, врачебном опыте. Все эти понятия в век развития современных технологий в значительной степени рудиментарны, идейно устарели, а те, кто продолжает настаивать на их значении в медицинской науке, рискуют быть обвиненными если не в знахарстве, то, по меньшей мере, в непродуктивном ретроградстве. Более того, отклонение от буквы клинических рекомендаций может являться составом деликта, в случае же когда клиническая ситуация ими не предусмотрена или если убедительные данные в пользу тех или иных подходов отсутствуют, то на нет, как говорится, и суда нет.

Приведем цитату из публикации отечественного автора, который так описывает современные реалии официального здравоохранения: «Требованием сегодняшнего дня при назначении любой терапии считается использование метаанализов и систематических обзоров, в первую очередь Кокрейновских. Значимость клинического опыта врача существенно снижается. Врачебное искусство уступает место ремеслу» [5]. Стоит ли удивляться, если в «доказательной медицине» в будущем окажется больше статистики, чем гуманизма, а в «доказательном враче» (evidence-based doctor – уже и такой термин можно встретить в блогосфере) больше юриста, чем целителя?

Обращаясь к сугубо практическим аспектам применимости рассматриваемого доказательного подхода во всех без исключения областях медицины, приходится с необходимостью постулировать этическую

неприемлемость планирования и, соответственно, использования результатов исследований с контрольной группой в случаях, когда устоявшаяся согласно инвариантному консенсусу медицинского сообщества лечебная практика является безальтернативной. Такие ситуации на самом деле очень часты в клинической практике. Например, не существуют исследования по сравнительному изучению эффективности хирургической и консервативной тактики при гнойно-воспалительных заболеваниях. Несмотря на отсутствие продемонстрированных в ходе сравнительных клинических испытаний доказательств преимуществ хирургического лечения, оно в данных ситуациях остается инвариантной клинической тактикой. Исходя из положений доказательной медицины, хирургическая санация очага инфекции формально не может считаться научно-обоснованным вмешательством.

По деонтологическим причинам крайне затруднено планирование и организация исследований с контрольной группой, состоящей из здоровых добровольцев, если в ходе исследования необходимо использование инвазивных диагностических методов, которым присуща та или иная степень риска осложнений. Именно ограничениями подобного рода объясняется, например, крайне малое количество сравнительных клинических исследований с использованием морфологического анализа биопсийного материала. При этом анализ морфологических данных, полученных при инвазивном исследовании пациентов по клиническим показаниям, позволяет претендовать на уровень доказательности не выше C, то есть фактически выводится на периферию «объективного» научного знания.

В большинстве рандомизированных клинических исследованиях в качестве объекта исследования выступает популяция пациентов с одним изучаемым заболеванием, при этом строго определенная критериями включения и исключения в исследование.

Экстраполяция полученных в ходе исследования результатов на более широкий контингент пациентов не может поэтому считаться ни допустимой, со строгой научной точки зрения, ни полезной для клинической практики. К большому сожалению для выпускников медицинских высших учебных заведений и так называемых «врачей-узких специалистов», пациенты с одним единственным клинически значимым заболеванием встречаются на страницах учебников гораздо чаще, чем в реальной жизни. Проблема коморбидности, как неотъемлемая характеристика клинического портрета большинства больных, является камнем преткновения для трансляции продуктов до-

казательных медицинских исследований в практику врача. Конечно, дизайн хорошо спланированных клинических исследований подразумевает учет роли коморбидных заболеваний как факторов, могущих иметь прямое или косвенное влияние на исход (например, посредством процедуры многофакторного регрессионного анализа), однако, принимая во внимание вероятностный характер получаемых в ходе этих исследований результатов, это не исключает необходимости всякий раз задумываться о применимости полученного знания к конкретному пациенту. Следовательно, в большинстве случаев клинические решения не могут основываться исключительно на данных клинических исследований, но должны опираться также на традиционный патофизиологический подход, творчески применяемый врачом с учетом его индивидуального опыта и рациональной интуиции в индивидуальной клинической ситуации.

Нельзя не упомянуть об объективной невозможности проведения клинических исследований с достаточной статистической мощностью, когда речь идет об изучении так называемых орфанных, то есть редких, заболеваний, по причине их низкой распространенности в популяции. Значительная часть имеющихся знаний об этих заболеваниях получена на основании серии клинических наблюдений, в том числе над представителями одной семьи, если речь идет о редких наследственных патологиях. Согласно иерархии доказательности, уровень научности подобных знаний невысок, однако других способов добывания сведений о подобных болезнях у нас во многих случаях просто нет.

Еще одним фактором, ограничивающим получение достоверной информации в ходе клинических исследований, является время наблюдения. Многолетние продольные исследования, длительность наблюдения в которых составляет более 10 лет, крайне сложны в организации, требуют больших финансово-экономических затрат и в силу этих причин проводятся достаточно редко. Для решения многих задач столь длительные сроки наблюдения не требуются, но когда необходимо проследить, например, влияние того или иного вмешательства на наследственные эффекты, это становится обязательным. Образцовым примером длительного эпидемиологического исследования служит продолжающееся более 70 лет Фремингемское исследование сердца, которое дало колоссальный научный материал о факторах риска ишемической болезни сердца, в том числе генетических [6].

Существует множество клинических ситуаций, в первую очередь в области ургентной медицины, которые императивно требуют проведения лечебных

мероприятий, не имеющих должного обоснования в рамках концепции доказательной медицины. К счастью для пациентов, антинаучность дренирования брюшной полости при разлитом перитоните или наложения сосудистого шва при ранении бедренной артерии до сих пор не исключает возможности применения этих методов лечения. Наличествующее в приведенных примерах противоречие между теоретическим дискурсом и реальной медицинской практикой имеет только два решения: либо медицина на сегодняшнем этапе развития вообще не является научной, так как не является таковой по крайней мере в некоторых своих манифестациях; либо же критерии научности, предлагаемые в концепции «доказательной медицины», избыточно рестриктивны, а следовательно, безоговорочное их употребление не является корректным. В основе эпистемологического конфликта, как представляется, лежит игнорирование принципиальной неприменимости методов доказательной медицины в некоторых разделах клинической медицины [7, 8].

В парадигме «доказательной медицины» эвристические процессы также протекают на периферии научной модели и определяют ее неравновесное состояние, которое, по Имре Лакатосу, может характеризоваться как прогрессивный или регрессивный сдвиг исследовательской программы в зависимости от результатов проверки теоретических предпосылок накапливающимися фактами, то есть верификации содержания теории [9]. Если отнести содержание термина «доказательная медицина» только к периферическому компоненту медицинской науки, то все встает на свои места: строгий статистический анализ вполне релевантен частным задачам негативной эвристики по проверке идущих от эмпирии гипотез на их соответствие фундаментальным представлениям, составляющим жесткое ядро теории. В этом и только в этом смысле принятый на сегодня подход к доказательности в медицине может считаться корректным. За исключением уже упоминавшегося Фремингемского исследования, едва ли существуют примеры того, как исследования даже самого высокого уровня доказательности сыграли столь же заметную позитивную эвристическую роль в развитии структурного ядра научно-исследовательских программ в клинической медицине. Так, большинство гипотез о преимуществе той или иной терапевтической тактики берут начало в фундаментальных основах анатомии, нормальной и патологической физиологии и фармакологии, а роль исследований ограничивается количественной оценкой направленности и выраженности клинического эффекта. Тогда получается, что содер-

жание понятия «научная медицина» шире понятия «доказательная медицина», следовательно, критерий научности для медицины в целом не тождественен специальному прикладному критерию. При таком подходе нет оснований считать «доказательную медицину» некой по-настоящему новой парадигмой, пришедшей на смену прежней медицинской науке.

Медицина как наука условно может быть разделена на две разнородные области: фундаментальную и клиническую. Фундаментальная медицина по существу принадлежит к широкой области биологических наук в целом, выделяясь среди них в большей степени предметом своего изучения (человек как биологический вид *Homo sapiens*), нежели методами. Клиническая же медицина имеет дело с человеком не только в биологическом, но и в антропологическом и социальном аспекте, причем предмет ее интереса не является классическим научным объектом (то есть объектом классической науки), но напротив, проявляет себя как активный элемент системы «наблюдатель – объект». В более узком смысле объект клинической медицины не просто человек как таковой, но *Homo dolens seu aegrotus* (человек страдающий). Этот неклассический объект не просто активно участвует в процессе научного познания, но предъявляет императивные требования к изучающему его субъекту, сводящиеся в наиболее общем виде к требованию изменить его бытийственный статус в направлении уменьшения проявления болезненного состояния как причины страдания. Парадоксальным образом именно в клинической области медицинской науки родилась и была институционарирована проблема доказательности, поскольку для фундаментальной медицины оказалось в целом достаточным пользоваться эпистемологическими принципами современной биологической науки как таковой.

Однако доказательный подход, по крайней мере, в сегодняшней его версии, плохо адаптирован к такому многомерному и не поддающемуся сколь угодно регламентированной формализации объекту, коим является *Homo aegrotus*. В действительности «доказательная медицина» сфокусирована на единственно доступном для изучения объекте – патологии человека, взятой в отвлеченном от любых естественно-научных коннотаций аспекте. Оставаясь в парадигме классической науки, такой подход следует признать единственно конструктивным для изучения как заболевания, которое представляет собой многоуровневый объект высокой сложности, так и методов его лечения, характеризующихся нелинейной эволюцией. В силу этой комплексности изучаемых объектов усложнение алгоритма научного

познания за счет добавления аспекта многомерности объекта и требования учитывать субъект-объектные взаимоотношения в системе «врач – ученый – пациент» на настоящем этапе развития медицины приведет скорее к эпистемологическому хаосу, чем к увеличению количества позитивного знания. Тем не менее, нельзя не заметить, что в этом вопросе мы в явном виде наблюдаем последовательную тенденцию к редукционизму в понимании пациента как человеческого организма, подверженного воздействию естественно-научных сил патогенеза, которым противопоставляются саногенетические факторы физической, химической и биологической природы. Таким образом, неклассический объект (пациент) изучается с использованием вполне классической научной методологии, а следовательно, отсутствуют основания считать, что «доказательную медицину» можно рассматривать как переход от классической к неклассической науке, и тем более усматривать в ней свойства постнеклассической науки. Скорее, доказательный этап развития медицины есть лишь попытка заполнить лакуны между теоретическими и прикладными аспектами классической медицины как учения о патологии человека. Не вызывает сомнения, что появление информационных технологий, позволяющих обрабатывать огромные массивы лавинообразно накапливающихся медицинских фактов и осуществлять их корректную интерпретацию современными методами математической статистики обусловило значительный прогресс в изучении патоморфоза и оснований для выбора оптимальной терапевтической опции. Некто знакомый с историей и философией науки мог бы здесь напомнить, что применительно, например, к физике внедрение в ее синтаксический аппарат методов математической теории вероятности и ее следствий стало необходимым условием для возникновения в XX веке таких дисциплин, как термодинамика, волновая механика, статистическая физика и других, ознаменовавших переход от классической к неклассической научной программе. Однако аналогия между медициной и физикой выглядит откровенно натянутой. Очевидно, что новизна, задаваемая применением этих инструментов в медицине, относится преимущественно к операциональной составляющей научной программы, в минимальной степени затрагивает научный синтаксис медицины и практически не оказывает никакого влияния на парадигматическую модель. Под последней я понимаю аллопатический принцип лечения, который сводится к противодействию выявленной поломке в структуре или функции организма путем ее хирургического устранения или, что происходит гораздо чаще, с по-

мощью применения лекарственных препаратов, эффекты которых противонаправлены вектору патологического процесса.

Любопытно, что критика так называемой гомеопатии со стороны адептов «доказательной медицины» основывается в первую очередь не на указании о малочисленности опубликованных в научной литературе исследований (и притом низкого методического уровня) гомеопатических воздействий, а на том, что «многочисленные предложенные теоретические объяснения возможных механизмов действия гомеопатии находятся в противоречии с твердо установленными научными представлениями о структуре материи, устройстве живых организмов и функционировании лекарственных средств, а априорно постулированные «принципы гомеопатии» являются по своей природе умозрительными догматическими утверждениями, восходящими к протонаучному этапу развития физиологии и медицины» [10]. Строго говоря, для сторонников доказательного верификационизма достаточным основанием ненаучности так называемой гомеопатической медицины могло бы стать уже одно только действительное отсутствие доказательной базы, а заодно и несоответствие таким методологическим принципам науки, как фальсифицируемость и наблюдаемость (воспроизводимость). Тем не менее, в процитированном выше официальном меморандуме Комиссии по борьбе с лженаукой Российской академии наук мы видим апелляцию к фундаментальным естественно-научным дисциплинам. В этом споре «доказательная медицина» не берет на себя смелость побить лженауку исключительно на гносеологическом поле, а напрямую черпает аргументацию в жестком ядре актуальной парадигмы точно так же, как это делала традиционная научная медицина прошлого столетия.

Следует все же отметить, что некоторые тенденции, характеризующие постнеклассическую науку, в современной медицине не только содержатся имплицитно, но уже и проявляют себя в реальной практике. Можно привести следующие примеры сближения медицинской науки и технаук в порядке возрастающей революционности: применение искусственных органов и тканей, коррекция генома и генетический инжиниринг, программы по принятию клинических решений на основе искусственного интеллекта. Однако все эти новаторские тенденции как раз пребывают полностью вне рассмотрения «медицины, основанной на доказательствах», что также является аргументом против того, чтобы трактовать последний термин в рамках семантического поля, включающего явления, характерные для смены научных парадигм.

Исходя из приведенных выше особенностей объекта медицины как таковой и обстоятельств зарождения «доказательной медицины», легко понять, почему декларируемые ей методы демонстрируют наибольшую эффективность в первую очередь в эпидемиологии как наиболее абстрактном разделе клинической медицины, где статистические законы отлично действуют на выборочной совокупности, состоящей из достаточно большого количества наблюдаемых объектов. Второй по релевантности принципам доказательной медицины областью является терапия, где статистический подход с успехом может быть реализован для оценки эффективности того или иного метода лечения на искусственно сформированной сравнительно однородной выборке пациентов. Наиболее простым в планировании и однозначным в интерпретации полученных результатов является сравнительное изучение эффекта одного лекарственного препарата по отношению к плацебо или же действию другого фармакологического агента. Неудивительно поэтому, что именно такого рода работы составляют львиную долю всего корпуса авторитетных исследований в «доказательной медицине». В то же время количество построенных на принципе доказательности работ, посвященных вопросам семиотики заболеваний, несопоставимо мало, что является отражением методологических проблем в планировании исследований объекта, который с трудом поддается формализации. В терминах логического позитивизма ключевую проблему здесь можно было бы обозначить как сложность применения процедуры установления соответствия между протокольными предложениями и эмпирическим массивом данных. Впрочем, то же самое типично для всех наук, которых имеют дело с трудно формализуемым материалом.

Проблемы организации контролируемого исследования в области диагностики не исчерпываются лишь методологическими трудностями. Дело еще и в том, что диагностические подходы в клинической медицине характеризуются крайне низкой интерсубъективностью и не сводятся к рациональному анализу и синтезу клинических фактов. В противном случае, все диагностические ошибки можно было бы объяснить прямым или косвенным дефектом компетенции врача. К сожалению (или к счастью), это далеко не так, а рефлексом структурной гетерогенности и диагностических, и тактических врачебных ошибок служит пресловутый клинический опыт, который подвергается постоянной, но не систематической критике со стороны адептов «доказательной медицины».

Если взглянуть на проблему планирования клинического эксперимента несколько шире, то можно

поставить следующий вопрос: существуют ли строгие научные аргументы против необходимого учета роли врача как саногенетического актора лечебного процесса? Дизайн сравнительного плацебо-контролируемого исследования подразумевает наличие плацебо-эффекта, который следует учитывать в качестве фактора, потенциально влияющего на эффективность лечения. Если изучаемый препарат или немедикаментозное воздействие, например, операция, по своему эффекту достоверно значимо превосходят эффект в группе плацебо, это свидетельствует о наличии у них реального и независимого прямого эффекта. Но имеются ли у нас достаточные основания считать, что в лечебном процессе роль врача сводится лишь к постановке правильного диагноза и механической выдаче предписаний по приему лекарственных препаратов? История медицины заставляет нас ответить на этот вопрос отрицательно. Во все времена были врачи, у которых пациенты выздоравливали чаще при том же самом, что и у их коллег, арсенале диагностических средств и медикаментов, который к тому же, на протяжении подавляющей части времени существования медицины оставался весьма скудным. Переключение внимания на роль наблюдателя в эксперименте в начале прошлого столетия привело к релятивистской революции и кардинальному изменению эпистемологического дискурса в теоретической физике. Очевидно, время для подобной парадигмальной революции в медицине еще не пришло и «доказательная медицина» остается в рамках существующей эпистемы классической науки.

Еще одной эпистемологической проблемой медицины является проблема предельной цели медицинского знания. В естественных науках этот вопрос обычно не считается правомочным, поскольку подразумевается, что ценность процесса познания самодостаточна и не нуждается во внеположных ему основаниях. Но поскольку медицина является по определению антропоцентричной, постольку можно помыслить, что накопление ею рациональных знаний должно быть поставлено в некое соответствие с запросом изучаемого объекта – человека. Если признать, что главная цель медицины как науки есть сохранение и восстановление здоровья человека, то пределом развития медицинского знания следует считать достижение потенциального человеческого бессмертия как результата полной победы над болезнями, поскольку причиной естественной смерти принято считать определенное заболевание или несколько конкурирующих патологий. По крайней мере, ни в современной научной литературе, ни в патологоанатомическом заключении не фигурирует «старость» (R54) как

причина смерти. Такое утверждение порождает огромное множество разнообразных этических вопросов, обсуждение которых выходит далеко за рамки данной работы.

Медицина есть наука, максимально обремененная этикой. Она имеет объектом своего изучения здоровье, жизнь и смерть человеческого существа. Именно этика выступает как злой гений позитивной медицинской науки, которая, освободись она от биоэтических оков, уже сегодня могла бы сделать шаг к своему имманентному пределу – бессмертию человеческого тела. Больной ждет от врача избавления от болезни как временного страдания, если болезнь его излечима, и даже при такой постановке вопроса пациенту в большинстве случаев безразлично, будут ли действия исцеляющего его врача соответствовать критериям научности, коль скоро они приведут к выздоровлению. Настолько же меньше интересуют эпистемологические проблемы умирающего. Не предпочтет ли он избавиться от смертельного недуга с помощью чуда вместо того, чтобы смириться со статистически определенной по всем канонам доказательной медицины вероятностью смерти? Если справедлив положительный ответ на этот вопрос, то какие же тогда следует помыслить основания, чтобы счесть медицину только наукой, а уж тем более наукой, пытающейся втиснуть себя в формы этически нейтральной дисциплины, которая признает примат статистических закономерностей над индивидуальной уникальностью? Представляется очевидным наличие внутреннего противоречия в парадигме доказательной медицины, которая в своей предметной области претендует на обладание такой характеристикой постнеклассической науки как экстернализирующий паттерн взаимодействия с социумом, именуемый в данном случае пациент-ориентированной моделью. По меньшей мере, должно быть выдвинуто требование эпистемологического обоснования границ применимости принципа диалектического противопоставления пациента как биологической, социальной и онтологической индивидуальности и его же как элемента статистического множества.

Деакцентуация уникальности объекта изучения особенно уязвима для критики с позиций другого современного научного концепта, а именно трансляционной медицины, которая подразумевает максимально оперативное прикладное использование в практической медицине результатов фундаментальных, исследований: геномики, эпигенетики, метаболомики, учения о *signal transduction* и т. д. Особенный акцент в реализации этого направления медицины делается на принципиальной важности персонализиро-

ванного подхода к диагностике и лечению [11, 12]. В целом в противопоставлении «доказательной медицины» с фундаментальной наукой (биохимией, молекулярной биологией, etc.) актуализируется проблема выбора между допустимостью и недопустимостью трансляции объективного научного знания напрямую, без статистической проверки на большой выборке объектов наблюдения. Оправдан ли этически клинический эксперимент по лечению ранее считавшейся абсолютно неизлечимой злокачественной опухоли с использованием таргетного препарата с продемонстрированной *in vivo* эффективностью? Да, оправдан. Зависит ли научная ценность этого опыта от исхода? Нет, вне зависимости от того, выжил больной в этом клиническом эксперименте или нет, для научной медицины в ее современной трактовке это не станет доказательством правильности предпринятого лечения. И двое выживших, и дюжина положительных исходов тоже не станут: Ваал доказательности требует жертвы в виде контрольной группы.

Отдельно следует остановиться на проблеме фальсифицируемости научных данных в этическом ракурсе. Речь идет не о принципе демаркации научного знания, а о возможности того, что даже многоуровневая иерархия верификации сама по себе не дает абсолютной уверенности в достоверности выводов, полученных в ходе исследований с максимальным уровнем доказательности. Во-первых, ошибка в выводе возможна при недостоверности исходных данных. Во-вторых, гипотетически можно допустить, что интерпретаторы результатов исследования, пусть даже и мета-анализа, могут быть подвержены когнитивному искажению (хотя бы и невольному). Особенно настораживает, что сложившаяся в медицинской науке система доказательности по сути дела не оставляет права на существование альтернативной точки зрения, если последняя не подкреплена аналогичным уровнем доказательств. Конечно, если впоследствии будут проведены эквивалентные или превосходящие по мощности исследования, доказывающие правоту альтернативной теории, ее в свою очередь признают победившей, а в клинические рекомендации внесут соответствующие исправления. Однако пока этого не произойдет, сторонники не обоснованной по все правилам теории не вправе применять ее, даже если искренне убеждены в том, что она верна и полезна для пациента. В этом случае они поражены в этических правах, поскольку вынуждены либо пойти вопреки нравственным убеждениям, либо подвергнуться общественному порицанию, а то и юридическому преследованию. Ситуация, невозможная в естественных науках, например, в физике, которая

знала периоды сосуществования принципиально различных теорий, за которыми, тем не менее, признавалось право по-разному интерпретировать реальность. Нельзя не высказать опасения, что сложившийся в клинической медицине узус открывает возможности для профессиональной и социальной стигматизации не индоктринированных ученых-медиков, даже если они сохраняют за собой право на автономное суждение только в тех предметных областях, в которых принципы «доказательной медицины» еще не могут быть применены во всей полноте.

Наконец, необходимо упомянуть об участившихся в последнее время случаях недобросовестного использования понятия «доказательной медицины» в коммерческих целях. Пользуясь широкой осведомленностью пациентов о современных тенденциях в медицине, частные клиники осуществляют агрессивный маркетинг и убеждают своих клиентов, что оказывают медицинские услуги в строгом соответствии с принципами «доказательной медицины», так сказать, по-новому, двигаясь в ногу со временем. При этом подразумевается, что конкуренты, к которым относятся и бюджетные медицинские учреждения, обремененные бюрократической косностью и потому не поспевающие за авангардом научных свершений, подобных преимуществ могут и не иметь.

Заключение. Дискурс доказательности, принятый сегодня в медицине, направлен на увеличение объективности медицинских знаний с точки зрения их практического использования. Однако данный подход не лишен существенных недостатков, в том числе ему присуща переоценка статистических закономерностей в ущерб «индивидуальным клиническим различиям, неявный примат феноменологических установок над теоретическим слоем в постулируемой структуре научной программы, неоправданно быстрая доктринализация подхода и стигматизация его оппонентов. Сущность медицины двусоставна: с одной стороны, это наука о болезнях (и о здоровье) человека, с другой, не менее значимой – искусство врачевания человека от болезней. Размышляя о парадигме медицинской науки, важно в захватывающем многообразии грядущих возможностей не упустить из вида ее изначальной гуманистической направленности. Не забыть человека.

Дополнительная информация

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

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

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. Основы доказательной медицины. Учебное пособие для системы послевузовского и дополнительного профессионального образования врачей. Под общей редакцией академика РАМН, профессора Р.Г. Оганова. М., 2010.
2. Углева А.В. Интеллектуальная добродетель и эпистемологическая природа доказательств в медицине // Философия. Журнал Высшей школы экономики. 2021. Т. 5. № 4. С. 138–156. doi: 10.17323/2587-8719-2021-4-138-156.
3. Григорьев С.Г., Евдокимов В.И. Доказательная медицина: методология и состояние проблемы // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2008. № 3. С. 59–69.
4. Аверкина Е.И. Гуманитарное пространство медицинского дискурса // Философские науки. 2014. № 12. С. 103–110.
5. Менделевич В.Д. Этика психофармакотерапии в эпоху доказательной медицины // Практическая медицина. 2019. Т. 17. № 3. С. 19–22. doi: 10.32000/2072-1757-2019-3-19-22.
6. Куликов В.А. Фремингемское Исследование Сердца: 65 лет изучения причин атеросклероза // Вестник Витебского государственного медицинского университета. 2012. Т. 11. № 2. С. 16–24.
7. Ashcroft R.E. Current Epistemological Problems in Evidence Based Medicine // Journal of Medical Ethics. 2004. No. 30. P. 135. doi: 10.1136/jme.2003.007039.
8. Fernandez A., Sturmberg J., Lukersmith S. et al. Evidence-based medicine: is it a bridge too far? // Health Research Policy and Systems. 2015. No. 13. P. 66. doi: 10.1186/s12961-015-0057-0.
9. Lakatos I. Falsification and the methodology of scientific research programmes. Cambridge University Press, 1970.
10. О лженаучности гомеопатии: Меморандум № 2 Комиссии РАН по борьбе с лженаукой и фальсификацией научных исследований. 07.02.2017. URL: <http://klnran.ru/2017/02/memorandum02-homeopathy> (дата обращения: 08.01.2024).
11. Horwitz R.I., Singer B.H. Why evidence-based medicine failed in patient care and medicine-based evidence will

succeed // *Journal of Clinical Epidemiology*. 2017. No. 84. P. 14–17. doi: 10.1016/j.jclinepi.2017.02.003.

12. Horwitz R.I., Charlson M.E., Singer B.H. Medicine based evidence and personalized care of patients // *European Journal of Clinical Investigation*. 2018. Vol. 48(7). E12945. doi: 10.1111/eci.12945.

REFERENCES

1. Foundations of evidence-based medicine. Textbook for the system of postgraduate and additional professional education of doctors. Under the general editorship of Academician RAMS, Professor R.G. Oganov. Moscow, 2010. (in Rus.).

2. Ugleva A. Intellectual Virtue and the Epistemological Nature of Medical Evidence. *Filosofiya. Zhurnal Vysshei shkoly ekonomiki = Philosophy Journal of the Higher School of Economics*. 2021;5(4):138–156. (in Rus.) doi: 10.17323/2587-8719-2021-4-138-156.

3. Grigoryev S.G., Evdokimov V.I. Evidence-based medicine: methodology and current situation. *Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychaynykh situatsiyakh = Medico-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations*. 2008; 3:59–69. (in Rus.).

4. Averkina E.I. Humanitarian space of medical discourse. *Filosofskie nauki = Russian journal of philosophical sciences*. 2014;12:103–110. (in Rus.).

5. Mendelevich V.D. Psychopharmacotherapy ethics in the era of evidence-based medicine. *Prakticheskaya meditsina = Prac-*

tical Medicine. 2019;17(3);19–22. (in Rus.) doi: 10.32000/2072-1757-2019-3-19-22.

6. Kulikov V.A. Framingham Heart Study: 65 years of studying the causes of atherosclerosis. *Vestnik Vitebskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta = Vitebsk medical journal*. 2012;11(2);16–24. (in Rus.).

7. Ashcroft R.E. Current Epistemological Problems in Evidence Based Medicine. *Journal of Medical Ethics*. 2004; 30:135. doi: 10.1136/jme.2003.007039.

8. Fernandez A., Sturmberg J., Lukersmith S. et al. Evidence-based medicine: is it a bridge too far? *Health Research Policy and Systems*. 2015;13:66. doi: 10.1186/s12961-015-0057-0.

9. Lakatos I. Falsification and the methodology of scientific research programmes. Cambridge University Press, 1970.

10. On pseudoscience of homeopathy: Memorandum No. 2 of the RAS Commission on combating pseudoscience and falsification of scientific research. 07.02.2017. (in Rus.) URL: <http://klnran.ru/2017/02/memorandum02-homeopathy> (accessed: 08.01.2024).

11. Horwitz R.I., Singer B.H. Why evidence-based medicine failed in patient care and medicine-based evidence will succeed. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2017;84:14–17. doi: 10.1016/j.jclinepi.2017.02.003.

12. Horwitz R.I., Charlson M.E., Singer B.H. Medicine based evidence and personalized care of patients. *European Journal of Clinical Investigation*. 2018;48(7):E12945. doi: 10.1111/eci.12945.

Информация об авторе

А.Е. Комлев – старший кардиолог отдела сердечно-сосудистой хирургии, врач высшей квалификационной категории, Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии имени академика Е.И. Чазова, Москва, Россия; ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6908-7472>, Scopus ID: 18634465200, E-mail: pentatonika@bk.ru

Information about the author

A.E. Komlev – Senior Cardiologist of the Department of Cardiovascular Surgery, doctor of the highest qualification category, Academician E.I. Chazov National Medical Research Center of Cardiology, Moscow, Russia; ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6908-7472>, Scopus ID: 18634465200, E-mail: pentatonika@bk.ru

Негативное отношение к врачу в обществе в начале становления медицины как культурного комплекса

Алла Андреевна Бушля

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Аннотация. В статье рассматриваются примеры негативного отношения к врачу из литературных источников: инвективы Франческо Петрарки XIV века (художественный, документальный, исторический и мемуарный жанры литературы) и пьеса Жана-Батиста Мольера «Мнимый больной» XVII века (художественный жанр литературы). Основное внимание уделяется содержанию претензии пациента к врачу: в чем авторы обвиняют врача, в чем видят его изъяны. Негативное отношение пациента к врачу выражается в таких проявлениях, как обвинение в невежестве, скрытом бесполезными красивыми речами, обвинение в действиях напоказ, нелепых предписаниях, в сознательной, приносящей вред лжи, в противоречивости и пустых обещаниях, в жадности и погоне за выгодой, в угодничестве, лести и подхалимстве, лицемерии, в требовании полного подчинения, стоящем на первом месте желании заработать. Кроме того, в статье проводится попытка найти объективные причины, увидеть культурно-историческую обусловленность такого отношения пациента к врачу. В результате проведенного анализа и сравнения обвинений в двух источниках автор статьи замечает, что, при наличии различия в тональности обращения к читателю, многие обвинения двух авторов поразительно совпадают, несмотря на то, что их разделяют три века. В заключении автор делает вывод о том, что эти обвинения являются отражением тех возникших в самом начале становления медицины как культурного комплекса проблем во взаимоотношениях пациента и врача, которые мы можем наблюдать и в настоящее время. Дальнейшее исследование этих проблем позволит более детально проследить историю генезиса отношений врача и пациента, что сможет послужить объяснением многих этических проблем и в современной медицине.

Ключевые слова: история медицины, этика отношений, врач, пациент, художественная литература, истоки пациентского негативизма

Статья поступила 20.04.2024; принята к публикации 22.06.2024; опубликована 20.11.2024.

Review

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2024-17-2-16-20>

Negative attitude towards a doctor in society at the beginning of the formation of medicine as a cultural complex

Alla A. Bushlia

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

Abstract. The article examines examples of negative attitudes towards a doctor from literary sources: the invectives of Francesco Petrarch of the XIV century (artistic, documentary, historical and memoir genres of literature) and the play by Jean-Baptiste Moliere "Imaginary Patient" of the XVII century (artistic genre of literature). The main attention is paid to the content of the patient's claim to the doctor: what the authors accuse the doctor of, what they see his flaws in. The patient's negative attitude towards the doctor is expressed in such manifestations as the accusation of ignorance hidden by useless beautiful speeches, the accusation of ostentatious actions, ridiculous prescriptions, conscious, harmful lies, inconsistency and empty promises, greed and the pursuit of profit, obsequiousness, flattery and sycophancy, hypocrisy, the demand for complete submission, the desire to earn money in the first place. In addition, the article attempts to find objective reasons, to see the cultural and historical conditionality of such a patient's attitude to the doctor. As a result of the analysis and comparison of the accusations in the two sources, the author of the article notes that, if there is a difference in the tone of the appeal to the reader, many of the accusations of the two authors are strikingly identical despite the fact that they are separated by three centuries. The author concludes that these accusations are a reflection of those arising at the very beginning of the formation of medicine as a cultural complex in the relationship problems between the patient and the doctor, which we can observe at the present time. Further investigation of these problems will allow us to trace in more detail the history of the genesis of the doctor-patient relationship, which can serve as an explanation for many ethical problems in modern medicine.

Keywords: the history of medicine, ethics of relationships, doctor, patient, fiction, the origins of patient negativism

Submitted 20.04.2024; accepted 22.06.2024; published 20.11.2024.

Отношение к врачу в обществе определяется смыслом медицинской профессии – помогать человеку исцелиться. «Врач – профессия благородная»: образ врача обусловлен профессиональной миссией и, как кажется, должен быть неким идеалом. Однако жизнь часто нас сталкивает с изнанкой образа.

Цель работы – рассмотреть примеры негативного отношения к врачу из истории, в чем общество обвиняет врача, в чем видит его изъяны. И главное, в чем причины негативного отношения пациента к врачу, актуализировавшегося, как это видно из рассмотренных нами литературных источников, уже в самом начале становления медицины как культурного комплекса.

Для достижения цели были рассмотрены два источника, в которых ярко раскрываются претензии пациента к врачу – это инвективы Петрарки XIV века и пьесы Мольера XVII века, принадлежащие разным видам литературы – эпистолярному и художественному, разделенные тремя веками, и при этом содержащие поразительно совпадающие по смыслу претензии и обвинения в сторону врача.

«Инвектива против врача» – это памфлет, написанный Ф. Петраркой в середине XIV века, в котором автор высмеял и обличил реального врача своего времени. По жанру литературоведы относят «Инвективы» одновременно к художественной, документальной, исторической и мемуарной литературе, а историки рассматривают их как прекрасный источник информации об отношении общества того времени к врачу [1]. В данной статье мы сосредоточимся на содержании обвинений, предъявляемых Петраркой врачу.

Петрарка несколько раз повторяет, что все сказанное им – «не против медицины» (ибо «какой здравомыслящий человек станет ее осуждать?») [2, с. 21], и не «против хороших врачей», которых «всегда мало, а в наш век особенно». Он направляет свою критику, против «говорящих... бред» [2, с. 26], и прикрывающих этим отсутствие настоящих знаний и профессиональных навыков. Для Петрарки врач выступает в роли агрессора, от чьей «противоречивой, переменчивой, ненадежной тирании» [2, с. 19] страдает все человечество. В чем конкретно обвиняет врача Петрарка?

Во-первых, в отсутствии знаний. По его представлению, вся слава медицины принадлежит древним врачам, а современники лишь прикрывают свое невежество и недостаток опыта красноречием и болтливостью. Петрарка сетует, что в его время сложно найти врача, «выдающегося не красноречием, а знаниями и честностью» [2, с. 18].

Легковеры, слушающие таких врачей, привлечённые обещаниями исцеления, получают «только

неуместные букеты бесполезного красноречия, когда нужны дела, а не слова» [2, с. 17].

Во-вторых, в противоречивости: обещают одно, случается другое. На противоречивость врачей «громко сетует весь человеческий род». По его словам, «...гибнут тысячи несчастных больных, доверившихся вашим услугам, страдая от противоречивой, переменчивой, ненадежной тирании врачей» [2, с. 19]. Ставит в вину врачам Петрарка и их «почти постоянную хворь»: обещая здоровье, сами они не обладают им. Тогда как еще со времен античности считалось, что «те, кто сами не имеют хорошего вида в своем теле, у толпы считаются не могущими иметь правильную заботу о других». Эта мысль зафиксирована в составленном в III веке до н. э. в Александрийской библиотеке Гиппократовом сборнике, который имел широкое распространение в средневековой Европе. «В большой толпе вас можно сразу узнать по бледности, и стало уже присловием говорить «лицо как у врача», когда видишь золотушного или чахоточного. Малое ли чудо – обещать другим здоровье, которого у самих нет?» [2, с. 22].

В-третьих, в сознательной лжи: «...среди вас ложь стала каждодневным и привычным делом» [2, с. 19]. Причём, имеет место самый тяжкий вид лжи – «совершенно сознательно и во вред обманутым» [2, с. 19].

В-четвертых, в жадности и погоне за выгодой.

В-пятых, в угодничестве, лести и подхалимстве. Врач – льстец и «назойливый подхалим, в погоне за низменной выгодой обхаживающий не только первосвященника, но и последнего бедняка» [2, с. 18]. Также Петрарка отмечает, что «сапожник часто без сапог»: врач своим видом наглядно демонстрирует свое мастерство, точнее, его отсутствие. Чаще всего он сам одержим многими болезнями и не в состоянии помочь себе своим же искусством. При том, что Петрарка постоянно оговаривается, что нападки его направлены против отдельных персонажей, а не против великого искусства, в споре он доходит до принижения этого искусства, сводя его к разглядыванию экскрементов.

Конечно, нужно учитывать, что в данном случае речь идет о придворной медицине, частной практике, главным преимуществом которой для профессионального развития врача была, конечно, материальная обеспеченность.

Стоит заметить, это не дает основание утверждать, что жадность была основным мотивом. Можно найти примеры, когда полученные средства врачи используют на благотворительность или на научные исследования. Так, Уильям Гильберт (1544–1603), чьи успехи в медицине способствовали его назначению на пост личного врача королевы Елизаветы Тюдор,

свои открытия в области магнитных и электрических явлений совершил во многом благодаря придворной службе: для опытов ему был доступен натуральный магнетит – дорогостоящий редкий минерал, позволить себе работать с которым мог далеко не каждый. В своей книге Гильберт пишет, что имел возможность сравнивать магнитные свойства руды со всего мира: из Китая, Сибири, Испании и других отдаленных от Англии мест [3]. Однако высокие доходы придворного врача едва ли можно считать реальными основаниями для обвинения средневекового врача в жадности: сложно сказать, что двигало врачами – желание принести облегчение больному или же получить материальную выгоду.

В рассуждениях Петрарка выходит на уровень философствования, ставя вопрос, кто на самом деле является истинным целителем, имея в виду, что человеческое здоровье находится в руках Бога. И это использует для того, чтобы обвинить врача в том, что тот попросту присваивает себе Его заслуги.

Комедии Мольера, как исторический источник, отличаются от инвектив Петрарки тем, что это художественное произведение. Образ врача в комедии – это вымышленный собирательный типический образ. Однако ценным является тот факт, что, создавая его, Мольер опирался на свои чувства, свое видение и мнения своих современников, обусловленные окружающей средой. Как и любой художник, Мольер выписывает образ, пропуская через себя реальные ситуации, факты, события, людей. Первое представление комедия Ж.-Б. Мольера «Мнимый больной» в театре Пале-Рояль было дано 10 февраля 1673 года. Комедия Ж.-Б. Мольера «Мнимый больной» пользовалась невероятным успехом, получая одобрение публики, что подтверждает актуальность затронутых вопросов для современников. Это увеличивает основания использовать комедию как источник информации о реальности преимущественно придворной медицины позднего средневековья.

В комедии мы наблюдаем столкновение двух образов медицины: так же как в инвективах Петрарки мы видим разрыв между идеальным образом медицины и реальным ее воплощением. С одной стороны, медицина как «истина, установленная всем миром и почитаемая на протяжении многих веков» (слова главного героя пьесы Аргана [4, с. 30]). С другой стороны, медицина как «самая большая глупость, придуманная людьми» (определение брата Аргана Беральда [4, с. 30]).

В комедии «Мнимый больной» автором тщательно выписаны три ярких образа представителей медицины того времени: врач господин Пургон (фамилия

происходит от французского *purger* – очищать желудок), врач господин Диафуарус и его сын, аптекарь господин Флеран.

В чем Мольер обвиняет врача? Обвинения мы слышим в основном из уст брата Аргана Беральда и его служанки Туанетты (образ служанки является «голосом народа» в пьесе).

Так же, как у Петрарки, мы можем встретить указание на невежество врача, скрываемое красноречием. По мнению Беральда, нет худшего лицемерия и большей нелепости, чем когда один человек берется вылечить другого, «потому что пружины нашего механизма – это тайна, в которой до сих пор люди никак не могут разобраться: природа опустила перед нашими глазами слишком плотные завесы, чтобы можно было через них что-либо разглядеть» [4, с. 30]. Доктора, по его мнению, знают гуманитарные науки, прекрасно говорят по-латыни, умеют назвать все болезни по-гречески, определить их и подразделить, но что касается того, чтобы вылечить их, – этого они не умеют. Знания, которыми они владеют, не очень-то помогают лечению. «Все их преимущество заключается в звонкой галиматее да в вычурной болтовне, которая выдает нам слова за дело и обещания за действительную помощь» [4, с. 30].

Между тем, красноречие скрывает истинный недостаток знания и помогает впечатлить пациента. Мастерское владение словом, умение убеждать, безусловно, является важным в образе хорошего врача. «Вот что значит наука! До чего же красно говорят ученые люди! ... Это просто чудо, если он так же прекрасно лечит, как и говорит», – восклицает Туанетта в ответ на речь сына господина Диафуаруса. Возлюбленный Анжелики Клеант добавляет: «...это замечательно и что если господин Диафуарус такой же хороший врач, как оратор, то быть его пациентом – одно удовольствие» [4, с. 20].

В комедии не раз высмеивается нелепость врачебных предписаний. Арган: «Доктор, а сколько крупинок соли нужно класть, когда ешь яйцо?» Господин Диафуарус: «Шесть, восемь, десять – чтобы всегда было четное число, а в лекарствах – всегда нечетные числа» [4, с. 25]. Нелепость медицинских предписаний доводится до абсурда в эпизоде, когда служанка Туанетта, переодетая врачом, советует Аргану отрезать руку, чтобы та не оттягивала к себе всю пищу и не мешала другой стороне получать питание, и выколоть правый глаз, чтобы левый глаз лучше видел. Интересно заметить к вопросу о полном доверии врачам и медицине, Арган, хоть и не соглашается на эти операции, однако, замечает, что «доктор действительно очень хороший» [4, с. 37].

Мы видим в пьесе элементы театрализованности самого процесса лечения при дворе. Понять эту особенность придворной жизни помогает исследование Марио Бьяджоли «Галилей – придворный», посвященное карьере Галилео Галилея (1564–1642) при дворе Медичи во Флоренции. Галилей начинал свой путь ученого на медицинском факультете Пизанского университета, проучившись там 3 года, но врачом он так и не стал, увлекшись геометрией, механикой, оптикой, математикой и астрономией [5]. Однако его жизнь в качестве придворного учителя позволяет увидеть обстановку, в которой мог работать врач. Анализируя отношения Галилея со своим патроном, Бьяджоли пытается понять причины некоторой театральности, с которой ученый был вынужден представлять себя и свои открытия. Так, Галилею приходилось отвечать на задаваемые ему вопросы «с остроумием, как того требовала придворная культура». От него ожидали участия в диспутах, которые устраивались за столом великого герцога в качестве послеобеденного развлечения. Для придворного досуга начала XVII века «значение имел не столько конечный результат, сколько видимость» [6].

Применительно к врачу это могло означать, что, помимо собственно врачебного мастерства, при дворе нужно было еще уметь правильно его «подавать», в соответствии с ожиданиями, традициями и ритуалами. Врач при дворе помимо своей прямой обязанности должен активно участвовать в придворном досуге. Он должен уметь красиво подать лекарства. Клизму, например, подать как изысканное средство, «хороший очистительный клистир из нацелебнейшего средства – ревеню, розового меда и прочего, согласно рецепту, чтобы облегчить, промыть и очистить кишечник вашей милости». Или, например, «успокоительное и снотворное прохладительное питье из настоя печеночной травы, чтобы заставить вашу милость уснуть», и «превосходное лекарство, послабляющее и укрепляющее, составленное из кассии, александрийского листа и прочего» [4, с. 29].

Не менее сложным ритуалом было измерение пульса. В пьесе обыгрывается распространенный в то время известный еще с античности метод постановки диагноза по пульсу. Тома Диафуарус, шупая Аргану пульс, находит его «жестковатеньким, непостоянным, немного скачущим», «что означает расстройство спланической паренхимы, то есть селезенки» (мнимонаучная диагностика недуга, данная в терминах средневековой медицины) [4, с. 25].

В комедии ярко подчеркнут один из аспектов отношений врача и пациента – оплата услуг. Лечение – дорогостоящее занятие. Комедия начинается с того,

как главный герой Арган проверяет счета своего аптекаря. «Что мне нравится в моем аптекаре, господине Флеране, так это то, что его счета составлены всегда необыкновенно учтиво: «... на утробу вашей милости – тридцать су». О том, что главная задача врача и аптекаря – получить прибыль, говорит Туанетта. В пьесе служанка прямо говорит обо всем, что считает глупостью: «Когда господин не думает о том, что делает, здравомыслящая служанка вправе его образумить». «Да, господин Флеран, однако недостаточно быть учтивым, надо также быть благоразумным и не драть skóry с больных». По ее мнению, «господин Флеран и господин Пургон просто издеваются над вами. Вы для них – хорошая дойная корова» [4, с. 5].

И так же, как у Петрарки, мы встречаем вопрос: а может ли врач лечить? Если Петрарка отвечает на этот вопрос: единственный источник исцеления – Бог, то Мольер описывает эту первопричину всего существующего как Природа. По мнению Беральда, нет худшего лицемерия и большей нелепости, чем когда один человек берется вылечить другого, «потому что пружины нашего механизма – это тайна» [4, с. 30].

О степени близости автора пьесы к проблемам, поднимаемым в «Мнимом больном», свидетельствует тот факт, что Мольер, исполнявший роль Аргана, сам болел. Он скончался через несколько часов после четвертого представления этой комедии, 17 февраля 1673 г. При всей субъективности картины придворной медицины того времени в ней можно найти и отражение объективных процессов, таких, например, как изменение в отношении к вопросам веры и рационального доказательства, к авторитетам, к врачу и медицине в целом.

В чем обвиняет врача Мольер? Так же, как у Петрарки, мы видим обвинение в невежестве, скрытое красивыми речами, действиями напоказ, нелепыми предписаниями. Врач требует от пациента полного подчинения. И за всем этим – желание заработать.

Однако стоит отметить и разницу: если у Петрарки мы видим действительно гневные обвинения в сторону врача, то у Мольера это скорее высмеивание с желанием разобраться в причинах недостатков. Так, врач в комедии Мольера показан заложником системы медицинского знания, основанного на принципах подражания авторитетам, системы, к которой на первом месте среди качеств характера для врача – твердость в решениях и отрицание новшеств. Так, г-н Диафуарус гордится, что его сын «... тверд в споре, непоколебим в своих взглядах, никогда не меняет своих суждений и отстаивает то или иное положение, пользуясь всеми изворотами логики. Но особенно нравится мне в нем то, что, по моему примеру, он

слепо верит нашим древним учителям и не желает даже слушать о так называемых открытиях нашего века касательно кровообращения и о прочем тому подобном» [4, с. 20]. Исключение какого-либо творчества, заповедь строгого следования правилам и канонам – важный принцип врачевания. Господин Диафуарус заявляет: «Мы должны только соблюдать правила» [4, с. 21]. Вот образ средневекового врача, всецело полагающегося на мнение авторитетов и отрицающего все новое. Как, впрочем, и образ средневекового человека вообще, чья жизнь в традиционном обществе представляет собой постоянное повторение поступков, ранее совершенных другими [4, с. 21].

Таким образом, очевидно, что вопросы этики отношений врача и больного появляются вместе со становлением медицины как культурного комплекса, то есть еще в Средневековье. Понятие биомедицинской этики еще не существовало, но сама она уже формировалась. Очевидно, генезис отношений врача и пациента может служить объяснением многих этических проблем и в современной медицине.

Дополнительная информация

Вклад автора. Автор подтверждает 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. 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

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. Бушля А.А. Образ врача Италии XIV века глазами современника (на примере «Инвектив» Франческо Петрарки) // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Всеобщая история. 2019. Т. 11. № 3. С. 267–276. doi: 10.22363/2312-8127-2019-11-3-267-276. Bushlia A.A. Image of doctor of Italy in the XIV century through the eyes of a contemporary (based on the example of "Invectives against a doctor" by Francesco Petrarch). *Vestnik Rossiiskogo universiteta druzhby narodov. Seriya: Vseobshchaya istoriya = RUDN journal of world history*. 2019;11(3):267–276. doi: 10.22363/2312-8127-2019-11-3-267-276.
2. Петрарка Франческо. Инвектива против врача (перевод В. Бибикина) // Эстетика Ренессанса / сост. В.П. Шестаков. Т. 1. М.: Искусство, 1981. С. 13–49.
3. Гильберт У. О магните / перевод с лат. А.И. Доватура. М.: Издательство АН СССР, 1956. 413 с.
4. Мольер Ж.-Б. Мнимый больной / перевод Т.Л. Щепкиной-Куперник // Собрание сочинений. В 2 т. Т. 2. М., 1957.
5. Галилей Г. Избранные труды. В 2 т. Т. 1 / сост. У.И. Франкфурт. М.: Издательство «Наука», 1964. 644 с.
6. Бёрк П. Историческая антропология и новая культурная история // Новое литературное обозрение. 2005. № 75. С. 64–91.

REFERENCES

1. Bushlia A.A. Image of doctor of Italy in the XIV century through the eyes of a contemporary (based on the example of "Invectives against a doctor" by Francesco Petrarch). *Vestnik Rossiiskogo universiteta druzhby narodov. Seriya: Vseobshchaya istoriya = RUDN journal of world history*. 2019;11(3):267–276. (in Rus.) doi: 10.22363/2312-8127-2019-11-3-267-276.
2. Petrarch Francesco. Invective against the doctor (translation by V. Bibikhin). *Estetika Renessansa = Aesthetics of the Renaissance*. Comp. V.P. Shestakov. Vol. 1. Moscow; Art, 1981:13–49. (in Rus.).
3. Hilbert W. O magnet/translated from lat. A.I. Dovatura. Moscow; Publishing House of the Academy of Sciences of the USSR, 1956. 413 p. (in Rus.).
4. Molière J.-B. Imaginary patient. Transl. by T.L. Shchepkina-Kupernik. *Sobranie sochinenii = Collected works*. In two volumes. Vol. 2. Moscow, 1957. (in Rus.).
5. Galileo G. Selected works. In 2 vols. T. 1. Comp. W.I. Frankfur. Moscow; Publishing house "Science", 1964. 644 p. (in Rus.).
6. Burke P. Historical Anthropology and New Cultural History. *Novoe literaturnoe obozrenie = New literary observer*. 2005;75:64–91. (in Rus.).

Информация об авторе

А.А. Бушля – преподаватель кафедры философии, биоэтики и права, Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9768-9235>, E-mail: all4life@mail.ru

Information about author

A.A. Bushlia – Lecturer at the Department of Philosophy, Bioethics and Law, Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9768-9235>, E-mail: all4life@mail.ru

Обзор

УДК 177:74

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2024-17-2-21-26>

Причина актуальности проблемы паллиативной медицины в «зеркале» шумеро-аккадской мифологии

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

Аннотация. Ненадежность современных методов врачевания экзистенциального дистресса у инкурабельных больных обращает внимание ряда специалистов на возможность применения в рамках паллиативной помощи такого действенного средства борьбы с танатафобией, как обретение символического опыта смерти – возрождения, наиболее простым и эффективным способом генерации которого является использование психodelиков-энтеогенов. Однако тема психodelической терапии умирающих в целом вызывает, как минимум, настороженное отношение со стороны социума, несмотря на привычно высокий уровень наркотизации сферы паллиативной медицины. Такое отношение выглядит явно обусловленным культурной традицией запрета на вкушение плодов с Древа жизни, прослеживаемой вплоть до эпохи Шумера и Аккада. Интерпретация и анализ содержания мифологических произведений этой древней цивилизации дают основания утверждать, что исходной причиной исторического табу на энтеогены явился эффект переживания опыта символического возрождения в виде формирования так называемой психологической «целостности», то есть состояния полного внутреннего умиротворения, сопровождаемого резким снижением потребности во «внешней» адаптационной активности. Это обстоятельство, без сомнения, представляло собой фундаментальную угрозу благополучию и безопасности общества в условиях архаичной доступности данного класса психотропных субстанций. Такая «адаптивно-цивилизационная» природа запрета порождает вопрос о его целесообразности в отношении тех инкурабельных больных, для которых используемые современной медициной паллиативные средства терапии дистресса оказываются несостоятельными.

Ключевые слова: пацификация сознания, адаптация, цивилизация, запрет на энтеогены, инкурабельные больные, экзистенциальный дистресс, психodelическая терапия

Статья поступила 16.08.2024; принята к публикации 18.09.2024; опубликована 20.11.2024.

Review

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2024-17-2-21-26>

The cause of the current of the problem of palliative medicine in the “mirror” of shmerian-akkadian mythology

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

Abstract. The unreliability of modern methods of treating existential distress in incurable patients draws the attention of a number of specialists to the possibility of using such an effective means of combating thanatophobia as gaining a symbolic experience of death – rebirth in palliative care, the simplest and most effective way of generating which is the use of entheogens. However, the topic of psychodelic therapy of the dying patients causes a wary attitude of society, despite the habitually high level of narcotic saturation of the field of palliative medicine. This attitude seems to be clearly conditioned by the cultural tradition of the prohibition of eating fruits from the Tree of Life, traced back to the era of Sumer and Akkad. Interpretation and analysis of the content of the mythological works of this ancient civilization give grounds to assert that the initial reason for the historical taboo on entheogens was the effect of the experience of symbolic rebirth in the form of the formation of the so-called psychological “wholeness”, i.e. a state of complete inner serenity, accompanied by a sharp decrease in the need for “external” adaptive activity. This circumstance, without a doubt, posed a fundamental threat to the well-being and security of society in the conditions of the archaic availability of this class of psychotropic substances. Such an “adaptive-civilizational” nature of the ban raises the question of its expediency in relation to those incurable patients for whom palliative means of distress therapy used by modern medicine turn out to be untenable.

Keywords: mental pacification, adaptation, civilization, prohibition of entheogens, incurable patients, existential distress, psychodelic therapy

The article was submitted 16.08.2024; accepted for publication 18.09.2024; published 20.11.2024.

Если сложить все, что говорят специалисты о положении дел в сфере современной паллиативной медицины, то главной проблемой этой области социального обеспечения отчетливо представляется отсутствие самого важного, а именно надежного и по возможности простого средства терапии танатофобии. Используемый комплекс мер моральной поддержки инкурабельных больных, включающий духовную, психологическую (в узком смысле) и психофармакологическую составляющие, нередко приносит несчастным лишь слабое утешение, а то и попросту превращается в бесполезное занятие, иллюстрацией чему служит само наличие среди данной категории пациентов значительного числа психологически «тяжелых» и даже «безнадежных» больных.

Безусловно, актуализация религиозного сознания в ситуации терминальной безысходности – мощный мобилизующий фактор в борьбе с экзистенциальным дистрессом. Однако нередко это свойство человеческой психики в той или иной степени нивелируется наличием у пациентов скепсиса в отношении объективности фундаментальных религиозных представлений, что вряд ли можно ставить людям в укор: сомнение или даже неверие – обратная сторона культивируемого цивилизацией адекватно-рассудочного отношения к действительности как базовому условию успешной адаптации. Отсюда и не всегда убедительное воздействие религиозно-догматических посулов на сознание современного человека, воспитанного на требованиях эмпирической верификации информации и угрозе общественного порицания в случае малейшего «отрыва от реальности»... Но даже и при наличии у пациентов искренней убежденности в истинности сотериологической догматики, тема самой смерти как лично неотвратимого события все равно остается для большинства самой «неуютной» и враждебно-чуждой из всех. В норме вопрос собственной «непрерывности» – самый глубокий вопрос человеческого «я», а смерть в глазах разумного телесного существа – тягчайшая трагедия, однозначный ущерб и абсолютное зло, которое в лучшем случае может восприниматься как пугающий «выход» в посмертное «завтра», смутно просматриваемое сквозь призму индивидуального набора соответствующих религиозных представлений и нравственной самооценки. Потому, как видится, в случае «духовного» врачевания инкурабельных пациентов с экзистенциальным дистрессом чаще, все же, уместнее говорить об эффекте «надежды отчаяния» – состоянии, вряд ли равному ощущению психологического благополучия в ситуации неумолимо приближающейся смерти.

Насколько, в свою очередь, действенны методы современной «вербальной» психотерапии – тоже вопрос открытый (при всем уважении к труду специалистов, делающих все возможное для облегчения страдания своих подопечных), ведь речь в данном случае идет, по сути, о склонении умирающих к вынужденно-смирному «удовольствованию» под давлением обстоятельств непреодолимой силы... К примеру, обобщение результатов проведенных исследований «терапии достоинства», одной из наиболее обещающих методик последнего времени, разработанной известным канадским специалистом в области паллиативной медицины, врачом-психиатром Х.М. Чочиновым, показывает, что «ее влияние... на эмоциональные симптомы было противоречивым». Так, с одной стороны, «обзор литературы находит убедительные доказательства подавляющей приемлемости терапии достоинства, редкой для любого медицинского вмешательства», а также «высокую удовлетворенность среди тех, кто ее испытывает». С другой, данные исследования – как и любые другие с участием инкурабельных больных – сталкивались с трудностями из-за проблемы удержания испытуемых в рамках проекта, поскольку «пациенты, имеющие более высокие уровни дистресса, могут с меньшей вероятностью... завершать их». Так, сообщается, что в одном из исследований данной терапии «из 80 пациентов... только 31 пациент (39 %) завершил вторую последующую оценку» [1]. Комментарии, как говорится, излишни... Впрочем, судя по отзывам экспертов, критически настроенных по ситуации в целом, метод действительно эффективный, однако в любом случае это явно не искомое надежное средство.

Что касается фармакологического аспекта рассматриваемой психо-паллиативной «триады», то и здесь ситуация отнюдь не радужная. Несмотря на наличие широкой номенклатуры препаратов, озвучивается термин «тяжелая стагнация», ведь «после открытия селективных ингибиторов обратного захвата серотонина в конце 1980-х – начале 1990-х никаких радикальных открытий... не произошло» [2]. Да и сами СИОЗС, по мнению, к примеру, директора паллиативной службы Медицинского центра Колумбийского университета Крейга Блайндермана, «не показали убедительных результатов у больных раком» [3].

Развивая тему, можно утверждать, что в целом многочисленные анксиолитики и т.п. средства (включая опиаты как вещества «двойного назначения»), применяемые современной медициной, обладают одним общим и принципиальным для всех недостатком: все они предлагают не решение проблемы

страха смерти, а лишь ее своеобразную психофармакологическую косметику, поскольку вызываемый данными препаратами эффект не меняет качественно самого главного – отношения человека к смерти, чья тайна – «есть ли там что вообще, и если есть, то что именно?» – так и остается для него мучительной загадкой до самого конца. Тем временем до двух третей инкурабельных больных называют причиной необоримой депрессии страх перед неизвестностью...

Казалось бы, в вопросе терапии экзистенциального дистресса умирающих сложилась безвыходная ситуация, превращающая краткий остаток жизни обреченных на скорую смерть больных в токсичную для них самих и окружающих «психологическую агонию», порой полностью обесценивающую все положительное значение прожитой жизни. Однако выход, похоже, все же существует в виде средства, известного человечеству с незапамятных времен. Речь идет об опыте переживания «живого» мистического экстаза по схеме «смерть – возрождение», эффектом которого является формирование так называемого, «целостности» сознания, то есть гармоничного психологического состояния, основу которого образует эмпирически обретенная (или подтвержденная) уверенность в существовании благого бессмертия души. Причина столь удивительной эффективности данной методики кроется, по-видимому, в базовом принципе врачевания, лежащего в ее основе, древнем, как и сама медицина: «Лечи подобное подобным»... По мнению известного психиатра и, пожалуй, наиболее авторитетного специалиста современности в области изучения измененных состояний сознания (ИСС) Станислава Грофа, архаичная традиция обретения индивидом символического опыта смерти – возрождения и является тем самым универсально-действенным способом психо-духовного исцеления, которого так не хватает паллиативной медицине сегодня [4]. Согласно концепции этого ученого, возникшей на основе обобщения материалов многочисленных программ научных исследований ИСС, мистико-экстатический – или же перинатально-трансперсональный – опыт (ПТО) представляет собой своеобразный «выход» индивидуального сознания в потустороннее измерение бытия через редукцию психики к актуализированной памяти «травмы рождения», представляющей собой поток полностью поглощающих индивида переживаний, воспроизводящих ту самую «схему исцеления» самого первого и смертельно опасного жизненного события – биологического рождения. Так или иначе, но в глазах людей, лично испытавших такого рода переживания, они имеют высшую степень подлинности, ясно отличаются от похожих психиче-

ских состояний вроде снов или грёз наяву, и нередко рассматриваются как самое важное биографическое событие, коренным образом преобразующее отношение к жизни и смерти [4, с. 408; 5].

Что касается вопроса непосредственного доступа к спасительному ПТО, то в целом к традиционным способам его достижения относят аскезу, ритуальное травмирование, холотропное дыхание и ряд других практик, применяемых как по отдельности, так и в комплексе, а также энтеогены (от др.-греч. «порождающие божественное изнутри») – особый класс психоактивных субстанций, высшим свойством которых является способность вызывать состояния сознания, идентифицируемые специалистами как классический перинатально-трансперсональный опыт, известный нам по многочисленным мифологическим и религиозным источникам.

Очевидно, что применительно к реалиям паллиативной медицины из всего этого перечня наиболее приемлемым средством являются именно энтеогены: та же психологически и физически крайне трудозатратная аскеза, к примеру, явно не соотносится с соответствующими возможностями инкурабельных больных, экстренно, к тому же, нуждающихся в эффективной психо-духовной поддержке.

Психоделическая терапия умирающих – это разработанный еще в 60-х годах XX века метод паллиативной медицины, заключающийся в принятии инкурабельным пациентом высокой дозы энтеогена, вызывающей переживание ПТО, результатом которого становится мощный пролонгированный психотерапевтический эффект. Можно сказать, что по сравнению с применяемыми в данной сфере средствами, эта методика обладает, по крайней мере, двумя очевидными достоинствами. Во-первых, она способна эффективно устранять саму основу экзистенциального дистресса, предоставляя человеку надежную возможность получить своеобразный эмпирический опыт в области запредельного и, соответственно, изменить его отношение к смерти, которая начинает восприниматься, по словам С. Грофа, уже не как экзистенциальная катастрофа, а как естественный переход в некое новое благое качество [4, с. 20–22, 404]. Во-вторых, как показывают клинические исследования, в большинстве случаев эта техника предполагает проведение с пациентом всего одного подготовленного и контролируемого специалистами сеанса, что, по сути, потенциально означает существенную денаркотизацию сферы паллиативной медицины (конечно, с учетом использования мощных неаддитивных и непсихоактивных обезболивающих, хотя и сами энтеогены также обладают соответствующим,

хотя еще и не до конца изученным, потенциалом) [4, с. 395–396].

Объективности ради следует сказать, что в публичном пространстве имеет место принципиальная дискуссия относительно «подлинности» ПТО, генерированного энтеогенами, ярким воплощением которой служит применяемый к данному классу психотропов альтернативный термин «галлюциногены». Однако тот же С. Гроф неоднократно в своих работах подчеркивает, что нет существенной разницы между глубинными переживаниями, вызванными психоделиками и другими техниками, составляющими практическую основу великих духовных традиций, будь то медитация, контролируемое дыхание и т.п. По этому поводу можно также привести хотя бы тот факт, что проводимые с 50-х годов прошлого столетия официальные научные исследования психоделических эффектов довольно скоро вышли за рамки чисто научного дискурса, поскольку получаемые эмпирические данные попросту не укладывались в систему материалистических представлений о природе и возможностях человеческого сознания, полностью при этом соответствуя базовым мифолого-религиозным представлениям человечества... Стоит также добавить, что данная ситуация, в свою очередь, оказала существенное влияние на формирование трансперсональной психологии – своеобразной «научной эзотерики» настоящего, представляющей собой своеобразный «сплав» современных психологических теорий с опытом традиционных религий и различных духовных практик.

Все вышесказанное вызывает естественный вопрос о глубинных причинах игнорирования современной медициной столь действенного средства и упорного замалчивания в общественном дискурсе самой темы его психотерапевтического потенциала, что тем более странно с учётом широкого применения в паллиативной сфере таких одиозно-аддиктивных психотропов, как опиаты.

Попытки проследить истоки данного отношения неизбежно приводят к библейскому сюжету об Эдеме, который известный этномиколог Т. Маккенна метко назвал «первомифом нашей культуры» [6]. Однако рассказ о грехопадении прародителей человечества в Земном раю никакого вразумительного ответа на этот счет не дает, поскольку исторический запрет на энтеогены (представленные авторами Книги Бытия в образе Древа жизни) объявлен в нем догматически. И все же, как представляется, ответ может быть найден, если «копнуть» глубже и обратиться к цивилизации Шумера и Аккада, история и культурное наследие которой оказали огромное влияние на фор-

мирование ветхозаветной мифологии. Обращение к историческому опыту этой первой – как ее называл Сэмюэл Крамер – человеческой цивилизации позволяет не только выявить исходную причину данного эпического запрета, но и оценить степень его адекватности в отношении умирающих больных.

В предельно сжатом виде результаты такого исследования, проведенного посредством анализа содержания шумеро-аккадской мифологии с позиций базовых представлений истмата, этномикологии и трансперсональной психологии, можно изложить следующим образом.

Необходимость обеспечения социально-экономического развития и общественной безопасности потребовала от первых государственных образований Двуречья введения официального ограничения на традиционную архаичную практику культового использования энтеогенов, ранее являвшуюся основным фактором поддержки религиозного сознания у жителей Месопотамской ойкумены и источником появления у них фундаментальных цивилизационных открытий и изобретений. Причиной исторического запрета стала сама способность данных субстанций быстро и гарантированно открывать доступ к «живому» мистическому экстазу, имеющему свойство порождать у переживших его индивидов мощный «шлейф» психологического благополучия в виде «целостного» умиротворённо-эмпатичного состояния сознания с перспективой общей «пацификации» мировоззрения и формирования пассивно-созерцательного отношения к миру. Очевидно, что несмотря на наличие у принатально-трансперсонального опыта столь впечатляющего холотропно-эвристического потенциала, исторически обеспечивавшего «целостность» архаичного сознания и генерацию устоев цивилизации в виде идей базовых социальных институтов и прорывных производственных технологий (т.н. «принципы Мэ»), вышеуказанный эффект ПТО в целом представлял собой фундаментальную угрозу самому физическому существованию социума, поскольку повальная «пацификация» сознания в условиях культовой доступности энтеогенов не только превращала население раннего Шумера в инертную «массу», малоэффективную в плане реализации насущных задач по активной трансформации чувственно данной реальности, но и подрывала психологическую готовность общества к «силовым» стратегиям выживания в высококонкурентной социальной среде.

Исторически эта угроза, согласно месопотамской мифологии, нивелировалась цивилизацией путём внедрения в рамках религиозного культа сложных (прежде всего – аскетических) процедур вхождения

в мистическо-экстатические состояния сознания, и введения прямого государственного запрета на традиционную архаичную практику использования энтеогенов, метафорическим апофеозом чего стал сруб царём Гильгамешем магического дерева шумеров хулуппу с шельмованием его хозяйки – убейдской богини Инанны. Подоплека здесь очевидна: в отличие от просто употребляемых внутрь энтеогенов, гарантированно обеспечивающих инволюцию психики к глубинным пластам перинатального бессознательного, «тяжёлые» аскетические психотехники естественным образом отвращали широкие массы обывателей от соблазна достижения экстатических переживаний в пользу приобщения к «безопасной» ритуально-догматической модели религиозности, сохранявшей их в качестве полноценных исполнителей социальных функций [7].

Как и рассчитывали инициаторы запрета энтеогенов, насильственный вывод общества из инертного состояния архаичной психологической гармонии стимулировал резкое ускорение цивилизационных процессов в Южной Месопотамии, включая, прежде всего, создание грандиозной сети ирригационных сооружений как инфраструктурной основы всей экономики региона, развитие целого ряда производственных отраслей, в том числе строительства и цветной металлургии, трансформацию социально-политической структуры общества в виде классового расслоения и окончательного утверждения института царской власти, высокие темпы урбанизации, расцвет науки, письменности, культуры, т.е. появление знакомого нам «классического» послепотопного Шумера III тыс. до н.э. Однако изнанкой этого цивилизационного успеха стало формирование у населения региона острого духовно-экзистенциального кризиса вследствие выхолащивания религиозного сознания, спровоцированного отсутствием простого и надёжного доступа к ПТО, что нашло своё выражение в возникновении устойчивого скепсиса относительно идеи посмертного благополучия в виде убеждённости в перспективе безрадостного пребывания безжизненной души-тени в мрачном Подземном царстве.

Реабилитация гегемонами Третьей династии Ура (XXI в. до н.э.) культовой энтеогенной магии в качестве особой привилегии господствующей элиты оказало парализующее влияние на её способность к принятию и практическому воплощению в жизнь жёстких волевых решений, вызвав – при наличии развитого исполнительного аппарата – скорый коллапс государственного управления, приведший страну к территориально-политической дезинтеграции, вторжению варварских племён и, как следствие, –

общему закату тысячелетней цивилизации Шумера как таковой.

Хотя указанный кризис религиозного сознания так и не был преодолен данной исторической общностью, вызвавший его запрет на культовое использование энтеогенов стал исторической причиной слома архаичной растительно-магической духовной традиции и начала формирования на Ближнем Востоке новой, соответствующей цивилизационному способу существования, религиозной парадигмы, нашедшей своё законченное воплощение в ветхозаветной традиции, окончательно сложившейся в т.н. «Осевую» эпоху. Однако при этом ещё самими шумерами была осознана определенная двойственность этой начинавшей складываться модели религиозности, предполагающей в абсолютно подавляющем большинстве случаев отсутствие личного опыта мистико-экстатических переживаний и опору на догматические представления, что под влиянием привычного трезво-рассудочного отношения к реальности нередко и «разжижает» веру, а то и вовсе заводит человека в «экзистенциальный тупик»...

Вместе с тем, шумеро-аккадская мифология, признавая объективно-необходимый характер запрета, последовательно транслирует нарратив исключительной эффективности энтеогенов как единственно в её глазах действенного средства профилактики и терапии танатофобии, при этом прямо указывая на сруб «священной рощи» Инанны как причину утраты цивилизованным человеком бессмертия, т.е. веры в вечную жизнь, точнее, – в возможность своего посмертного благополучия. Примеры тому – судьбы всех главных героев шумеро-аккадского эпоса в лице культурирегеров и царей от Адапы до Гильгамеша (и наоборот: сюжеты о чудесных спасениях с помощью возвращенного «дедовского» средства как в случае Этаны и Лугальбанды).

Таким образом, очевидно, что цивилизационный запрет на энтеогены, позже сакрализованный в рамках иудейской традиции, исходно имеет адаптационную основу и все так же, если не более, актуален сегодня, как и несколько тысячелетий назад, учитывая уровень развития современной техногенной цивилизации и масштаб стоящих перед ней задач. Интересы выживания и дальнейшего развития диктуют обществу необходимость противодействия факторам, способным угрожать их реализации, включая и вопрос доступности психоделиков, о чем свидетельствует ещё мифология Древней Месопотамии. К сожалению, заложниками этой ситуации оказываются умирающие – совершенно специфическая категория пациентов, в силу своего состояния уже

исключённая из активной общественной практики, и сама остро нуждающиеся в экстренной и эффективной психотерапевтической поддержке общества, оказать которую имеющимися в наличии средствами оно способно далеко не всегда. Однако если табу на энтеогены исторически обусловлено задачей сохранения «адаптивного тонаса» населения, то в случае инкурабельных больных оно представляется явно избыточным, поскольку столь желанная психологическая «целостность», обрётённая в рамках соответствующей паллиативной помощи, вряд ли сможет причинить социуму какой-либо вред...

Дополнительная информация

Вклад автора. Автор подтверждает 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. 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

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. Fitchett G., Emanuel L., Handzo G. et al. Care of the human spirit and the role of dignity therapy: a systematic review of dignity therapy research // BMC Palliative Care 14. 2015. Article no. 8.

URL: <https://bmcpalliativecare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-015-0007-1> (accessed: 16.05.2022).

2. Блокировать научные исследования крайне опасно. Интервью психиатра Александра Лебедева. URL: <https://vrachirf.ru/concilium/61855.html?ysclid=13ulpzonk1> (accessed: 07.05.2022).

3. Blinderman C. Psycho-existential distress in cancer patients: a return to "entheogens" // Journal of Psychopharmacology. 2016. Vol. 30 (12). P. 1206. doi: 10.1177/0269881116675761.

4. Гроф С. Величайшее путешествие. Сознание и тайна смерти. М.: АСТ, 2008. 475 с.

5. Гроф С. Путешествие в поисках себя. М.: АСТ и др., 2008. 330 с.

6. Маккенна Т. Пища богов. М.: Изд-во Трансперсонального Института, 1995. 21 с.

7. Иванов К.В. Араттский мифологический цикл как «лебединая песня» шумерской цивилизации // Седова Н.Н., Смирнов К.С., Костенко О.В. и др. Человек и цивилизация: коллективная монография. Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2024. С. 83–108. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=74497472>.

REFERENCES

1. Fitchett G., Emanuel L., Handzo G. et al. Care of the human spirit and the role of dignity therapy: a systematic review of dignity therapy research // BMC Palliative Care 14. 2015;8. URL: <https://bmcpalliativecare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-015-0007-1> (accessed: 16.05.2022).

2. Blocking scientific research is extremely dangerous. Interview with psychiatrist Alexander Lebedev. (in Rus.) URL: <https://vrachirf.ru/concilium/61855.html?ysclid=13ulpzonk1> (accessed: 7.05.2022).

3. Blinderman C. Psycho-existential distress in cancer patients: a return to "entheogens". Journal of Psychopharmacology. 2016;30(12):1206. doi: 10.1177/0269881116675761.

4. Grof S. The Greatest Journey. Consciousness and the Mystery of Death. Moscow; AST, 2008. 475 p. (in Rus.).

5. Grof S. Adventure of Self-Discovery. Moscow; AST, 2008. 330 p. (in Rus.).

6. McKenna T. Food of the Gods. Moscow; Institute of Transpersonal Psychology Publ., 1995. 21 p. (in Rus.).

7. Ivanov K.V. The Aratta mythological cycle as the "swan song" of the Sumerian civilization. Sedova N.N., Smirnov K.S., Kostenko O.V. et al. Chelovek i tsivilizatsiya: kollektivnaya monografiya = Man and Civilization: a collective monograph. Volgograd; Publishing House of VolGSMU, 2024:83–108. (in Rus.) URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=74497472>.

Информация об авторе

К.В. Иванов – старший преподаватель кафедры философии, биоэтики и права, Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия; E-mail: konst.ivanoff2015@yandex.ru

Information about author

K.V. Ivanov – senior lecturer of the Department of philosophy, bioethics and law, Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia; E-mail: konst.ivanoff2015@yandex.ru

Обзор

УДК 17.174:614.253

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2024-17-2-27-35>

Исторические аспекты биоэтики исследований и инноваций в детской хирургии

**Андрей Иванович Перепелкин[✉], Екатерина Владимировна Власова,
Анастасия Андреевна Перепелкина**

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Аннотация. В статье раскрываются исторические аспекты биоэтики исследований и инноваций в детской хирургии. Хирургические инновации – это по своей сути благородные усилия, целью которых является улучшение здоровья пациентов с помощью нового метода диагностики или лечения. Вместе со свободой создавать что-то новое и внедрять инновации наступает необходимость защищать пациентов от потенциальных рисков, связанных с новым способом диагностики или лечения. На всем протяжении развития медицины, от Кодекса Хаммурапи до принятия международных этических руководящих принципов для исследований в области здоровья с участием людей в 2016 году, прослеживается тенденция, направленная на решение вопроса правомерности применения исследования на людях вообще и при выполнении детских оперативных вмешательств, в частности. Со времени Бельмонтского доклада и до настоящего времени руководящие принципы проведения экспериментов на людях базируются на четырех основных ценностях или принципах, лежащих в основе современной медицинской этики: благодеяние, не причинение вреда, справедливость и автономия личности. Дети заслуживают особого подхода со стороны исследователей и комитетов по исследовательской этике. Вот уже более ста лет участие детей в научных исследованиях оспаривается, тем не менее, в научной литературе встречается большое количество примеров вовлечения детей в такую деятельность. Дети ранее рассматривались как важные участники прогресса медицинских знаний и разработки новых лекарств и вакцин. Развитие детской хирургии и становление биоэтических принципов привели к ограничению таких безрассудных опытов над детьми. Очень важен контроль медицинской общественности таких исследований, центральную роль в котором играют этические комитеты. Работа этих комитетов основывается на комплексе накопленных человечеством международно-правовых и рекомендательных актов, являющихся основополагающими в области биоэтики.

Ключевые слова: детская хирургия, биоэтика, информированное согласие, исследование, инновация, доброжелательность, справедливость

Статья поступила 10.02.2024; принята к публикации 10.04.2024; опубликована 20.11.2024.

Review

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2024-17-2-27-35>

Historical aspects of bioethics of research and innovation in pediatric surgery

Andrei I. Perepelkin[✉], Ekaterina V. Vlasova, Anastasia A. Perepelkina

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

Abstract. The article reveals historical aspects of the bioethics of research and innovation in pediatric surgery. Surgical innovations are inherently noble efforts aimed at improving the health of patients through a new method of diagnosis or treatment. Together with the freedom to create something new and innovate comes the need to protect patients from the potential risks associated with a new way of diagnosis or treatment. Throughout the development of medicine, from the Hammurabi Code to the adoption of international ethical guidelines for human health research in 2016, a tendency has been traced aimed at addressing the issue of the legality of using research on humans in general and in performing pediatric surgical interventions, in particular. From the time of the Belmont Report to the present, the guidelines for conducting human experiments have been based on four core values or principles underlying modern medical ethics: benevolence, non-harm, justice and personal autonomy. Children deserve special treatment from researchers and research ethics committees. For more

than a hundred years, participation of children in scientific research has been disputed, nevertheless, there is a large number of examples in the scientific literature of involving children in this kind of activity. Children were previously seen as important participants in the progress of medical knowledge and the development of new drugs and vaccines. The development of pediatric surgery and the establishment of bioethical principles have led to the restriction of such reckless experiments on children. The development of pediatric surgery and the establishment of bioethical principles have led to the limitation of such reckless experiments on children. Monitoring of such investigations by the medical community is very important, in which ethics committees play a central role. The work of these committees is based on a set of international legal and advisory acts accumulated by humanity, which are fundamental in the field of bioethics.

Keywords: pediatric surgery, bioethics, informed consent, research, innovation, benevolence, justice

Submitted 10.02.2024; accepted 10.04.2024, published 20.11.2024.

Нерешенные этические проблемы широко распространены в исследованиях и инновациях в области детской хирургии. Инновации и исследования в детской хирургии – от исторической несправедливости до юридических дебатов и фундаментальных вопросов об автономии личности и информированном согласии – представляют собой увлекательную и, в ряде случаев, вызывающую беспокойство, область биоэтики. Этические вопросы при проведении исследований в детской хирургии и педиатрии давно обсуждаются, а эксперименты в детской хирургии находятся под пристальным вниманием всего сообщества [1]. Обширные законодательные и институциональные системы, которые пытаются защитить детей, поддерживая необходимые исследования, порой неэффективны. Детская хирургия имеет меньше финансирования и ресурсов для инноваций, чем другие области медицины с большим объемом клинических исследований. Ради здоровья маленьких пациентов инновации следует не только поддерживать, но и поощрять.

«Исследования» и «инновации» – это разные понятия. Исследование требует изучения и анализа, но применение не имеет решающего значения. Инновация – это внедрение чего-то нового. Инновации – введенный в употребление новый или значительно улучшенный продукт (товар, услуга) или процесс, новый метод продаж или новый организационный метод в деловой практике, организации рабочих мест или во внешних связях¹. Инновация требует акта использования, но не обязательного предварительного исследования. Тем не менее, медицинские инновации и исследования взаимосвязаны, и одно не может эффективно работать без другого. Успешные медицинские инновации обычно включают в себя исследования

и публикации, в то время как неудачное их применение чаще всего не публикуется и не обсуждается.

Инновации в детской хирургии проявляются во многих формах и, соответственно, отличаются этическими стандартами. Инновацией может быть новый способ завязывания узла, лучший метод направления источника света или иной вариант укладки хирургических простыней. Когда инновация связана с риском для пациентов, то они и их родители полагаются на врача, медицинское учреждение и общество в оценке ее безопасности и эффективности [1].

Цель инноваций – решить клиническую проблему таким образом, чтобы она обеспечивала прямую пользу для пациента или группы пациентов с определенным заболеванием (например, ректосигмоидэктомия, предложенная Оваром Свенсоном при болезни Гиршпрунга; ромбовидный дуоденoduоденоанастомоз при атрезии двенадцатиперстной кишки, выполненный впервые Кеном Кимурой; минимально инвазивная торакопластика по методу Дональда Насса).

Связь между общественным прогрессом и индивидуальной защитой ребенка имеет основополагающее значение для этики инноваций и исследований в здравоохранении [1]. К основным признакам, отличающим научное исследование от текущей медицинской практики, можно отнести следующие: прирост научного знания, ориентированность на пользу в будущем (когда полученные научные знания будут внедрены в практику), результаты научных исследований представляются в виде теорий, гипотез и т.п. (то есть в научной форме), обычно опубликованных, может умышленно создавать неопределенность и даже некоторый риск (с целью приобретения новых знаний) [2].

Несмотря на достижения в медицине, некоторые методы лечения хирургических заболеваний у детей основаны на серии тематических исследований и разрозненных ретроспективных исследованиях, а не на золотом стандарте рандомизированных клинических испытаний (РКИ). Менее 4 % исследований, опубликованных в хирургических журналах, основаны на РКИ, и менее чем в половине этих РКИ сравниваются различные хирургические процедуры [3].

¹ О внесении изменений в Федеральный закон «О науке и государственной научно-технической политике»: Федеральный закон от 21.07.2011 № 254-ФЗ (последняя редакция) (с изменениями и дополнениями) // СПС «КонсультантПлюс». URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_117193/ (дата обращения 22.03.2024).

Хирургические инновации – это по своей сути благородные усилия, целью которых является улучшение здоровья пациентов с помощью нового метода диагностики или лечения. Со свободой действий, а именно создавать что-то новое и внедрять инновации наступает необходимость защищать пациентов от потенциальных рисков, связанных с новым способом диагностики или лечения.

История хирургии изобилует примерами операций, которые когда-то назывались прогрессивными, но впоследствии были признаны неоптимальными или даже вредными, например, шунтирование тощей кишки при ожирении, охлаждение желудка при язвенной болезни, субтотальная колэктомия и илеоректальный анастомоз при язвенном колите. Кроме того, некоторые процедуры оказались малополезными, например, перевязка внутренней грудной артерии при стенокардии или симпатэктомия при болезни Гиршпрунга [4].

Хирургия, в отличие от других областей медицины, была свободна в разработке новых операций и

методов лечения без строгих требований предварительных тестирования на животных и проведения проспективных клинических испытаний на людях. История медицины свидетельствует о бесчисленных врачах, стремящихся помочь детям и добившихся жизненно важных успехов в хирургической помощи. Так, например, в 1944 г. доктор Альфред Блейлок разработал первое паллиативное оперативное лечение тетрады Фалло, заложившее основу для оперативной коррекции порока развития сердца, которая сегодня позволяет более чем 85 % детей с этим заболеванием достичь совершеннолетия. Первая пересадка печени доктором Томасом Старзлом в 1963 г. трехлетнему мальчику с атрезией желчевыводящих путей не спасла ребенка, но привела к таким разработкам, которые в настоящее время продлевают жизни тысяч детей и взрослых ежегодно [5].

Представления об этике в медицинских исследованиях вообще и в детской хирургии в частности эволюционировали с течением времени (см. табл.)

Историко-философские этапы представлений о медицинской этике в лечении пациентов и научных исследованиях

Историко-философский этап, документ	Период
Хаммурапи	1750 г. до н.э.
Гиппократ	400 г. до н.э.
Нюрнбергский судебный процесс	1946 г.
Хельсинкская декларация	1964 г.
Разоблачение Бичера	1966 г.
Бельмонтский доклад	1979 г.
Международные руководящие принципы этики для биомедицинских исследований на человеке	CIOMS, 1982, обновленные версии 1993 г., 2002 г.
Конвенция о правах ребенка	20 ноября 1989 года
Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине	Совет Европы, 1997 г.
Руководства для членов Комитетов по этической экспертизе биомедицинских исследований	ВОЗ, 2000 г.
Директива № 2001/20/ЕС Европейского парламента и Совета Европейского союза «О сближении законодательных, регламентарных и административных положений государств — членов ЕС о надлежащей клинической практике в процессе проведения клинических исследований лекарственных средств для человека»	2001 г., с изм. и доп. от 18 июня 2009 г.
Двадцатая сессия Международного комитета по биоэтике ЮНЕСКО (МБК)	Сеул, 19–21 июня 2013 г.
Международные этические руководящие принципы для исследований в области здоровья с участием людей	Подготовлено Советом международных научно-медицинских организаций (СМНМО) в сотрудничестве с Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), 2016 г.

Кодекс царя Хаммурапи, шестого царя старовавилонской династии, который правил в 1728–1686 годах до Рождества Христова, был широко распространен в то время в Месопотамии. Целителем всех недугов древние месопотамцы считали Бога Энки, который для них был главным врачом. Считалось, что недуги

порождались грехом, точно так же, как беды мира. Например, потоп и землетрясения возникали от неправильных деяний людей, точно так же и болезнь отдельного человека – следствие грехов этого человека. В этом жители Месопотамии были уверены. И все молитвы об исцелении всегда были связаны

с покаянием. Суть болезни и успешность действий врача зависели от того, увидит ли человек сам или с помощью священника свой грех и исправит ли он его. Система права, закрепленная вавилонским сводом, стала передовой для своего времени и по богатству нормативного содержания и используемых юридических конструкций была превзойдена лишь позднейшим правом Древнего Рима¹.

Об экспериментировании на людях в древние времена известно мало. В работах Гиппократов «Клятва», «Закон», «О враче» содержатся основы этики, запрет на посягательство на жизнь человека в любой форме, представления о врачебной тайне, а также недопустимости конфликта с больными и их родственниками, о непристойности разговора с нуждающимся человеком о деньгах (так называемое бескорыстие, филантропия и порядочность Гиппократов). Здесь же он указывает на то, перед чем должен нести ответственность врач за результаты своей деятельности.

В Древнем Египте разрешалось проводить исследования на осужденных преступниках, а представитель александрийской науки Эрасистрат (около 300–262 до н. э.) экспериментировал на рабах. Но следует учесть, что экспериментирование как осознанный научный метод появилось гораздо позже (с конца XVI века). Один из первых клинических экспериментов в истории медицины поставил в XVI в. знаменитый французский хирург Амбруаз Паре (1510–1590 г.). В эпоху Нового времени известный английский философ Фрэнсис Бэкон выступал за научное обоснование медицинской практики. Он критиковал бездоказательность лечебных методов (из-за чего шарлатаны, например, могут приобретать ничем не оправданную славу и почет). Но при этом Бэкон признавал трудности развития экспериментирования на человеке из-за моральных соображений. В 1754 г. врач британского флота Джеймс Линд провел специальное исследование, взяв несколько групп моряков, больных цингой, и назначив каждой из них разное питание.

Врачам трудно смириться с тем, что образование и культура привели не только к впечатляющим успехам, но и оставляют за собой трагические страницы. Нигде это не проявляется так ясно, как в истории экспериментов на детях. На протяжении более ста

лет критики отмечали, что дети и другие уязвимые группы населения, такие как заключенные и психически больные, были объектами медицинских экспериментов без их согласия. Эксперименты с детьми хорошо задокументированы в XIX веке. Примеров множество, можно вспомнить таких, как Джеймс Фиппс, 8-летний мальчик, который принимал участие в мае 1796 г. в первых испытаниях Эдварда Дженнера, проводившего инъекции коровьей оспы для профилактики натуральной оспы. Джеймс Гринлис, 11-летний мальчик, был первым, на котором Джозеф Листер в 1865 г. применил свою антисептическую методику с использованием карболовой кислоты. У мальчика в области перелома костей голени была глубокая рана, которая по опыту Листера была подвержена инфицированию и могла привести к летальному исходу. Листер обернул ногу мальчика кусками ткани, пропитанными карболовой кислотой. Успешная демонстрация того, что раневую инфекцию можно предотвратить, ознаменовала новую эру в хирургии и восстановлении после операции. Можно вспомнить и Джозефа Мейстера, 10-летнего французского ребенка, которому впервые в 1885 г. Луи Пастером была выполнена прививка от бешенства. Луи Пастер мучился из-за трудного решения опробовать свою непроверенную вакцину на ребенке и его тяжелого состояния (его четырнадцать раз укусила бешеная собака). Как показал историк Джеральд Гейсон, используя личные лабораторные тетради Пастера, французский исследователь только что начал серию экспериментов на собаках с применением вакцины, которую он ввел маленькому мальчику, и нет никаких свидетельств того, что он когда-либо завершал эксперименты, несмотря на его опубликованные заявления. Если бы Мейстер умер от бешенства, конечно, восприятие и трактовка экспериментов Пастера на детях были бы совсем иными [6].

Недостаточная защита детей от экспериментов не ограничилась XIX веком [7]. В первой половине XX века американские протестанты пролили свет на использование сирот в испытаниях диагностических тестов и вакцин против сифилиса, туберкулеза и других инфекционных заболеваний. Эти тесты заключались в выполнении прививок детям, у которых в дальнейшем описаны различные осложнения от их применения, такие как кровоизлияния, слепота и смерть [1].

В начале XX века детям в сиротских приютах назначались специальные диеты, которые вызывали цингу и рахит, для того чтобы можно было лучше понять прогрессирование этих болезней. В первые четыре десятилетия XIX века американские противники введения вакцин протестовали против исполь-

¹ Директива Европейского парламента и Совета Европейского Союза 2001/20/ЕС от 4 апреля 2001 г. о сближении законодательных, регламентарных и административных положений государств-членов ЕС о надлежащей клинической практике в процессе проведения клинических исследований лекарственных средств для человека (Люксембург, 4 апреля 2001 г.). URL: <https://base.garant.ru/70350560/?ysclid=lu9jaquhyb130148717> (дата обращения: 27.03.2024).

зования сирот в испытаниях новых вакцин и диагностических тестах на сифилис, туберкулез, дифтерию и другие инфекционные заболевания. В 1921 г. Конрад Берковичи, социальный работник и писатель о жизни иммигрантов в Нью-Йорке, опубликовал в *The Nation* статью, в которой критиковал двух нью-йоркских педиатров за использование «сирот в качестве подопытных кроликов». Он писал, что «никакая преданность науке, никакая мысль о всеобщем благе для большего числа людей ни на мгновение не могут оправдать эксперименты на беспомощных младенцах, детях, трогательно брошенных судьбой и вверенных обществу для их защиты. Добровольное согласие взрослых, конечно, должно быть неременным условием научных экспериментов» [6].

В период с 1958 по 1960 г. Сол Кругман проводил эксперимент по разработке вакцины от гепатита над умственно отсталыми учениками в одной из государственных школ Уиллоубрука [7].

Нюрнбергский процесс по военным преступлениям «США против Карла Брандта» и других преступников выявили многочисленные неэтичные медицинские и хирургические эксперименты, которые проводились нацистами во время второй мировой войны, демонстрирующие опасность нерегулируемых исследований на людях. Результатом этого судебного разбирательства стал свод из десяти принципов исследовательской этики, известных как Нюрнбергский кодекс, который закрепил принцип информированного согласия в качестве важнейшего требования к исследованиям на людях. При этом человек должен быть информирован о характере, продолжительности, цели и возможных последствиях опыта и способа его проведения. Знаменитый первый принцип Нюрнбергского кодекса, а именно добровольное согласие испытуемого человека абсолютно необходимо ограничивал проведение экспериментов лицами, обладающими юридической дееспособностью давать согласие, тем самым, исключая детей в качестве объектов исследования.

В 1964 г. Всемирная медицинская ассоциация разработала Хельсинкскую декларацию, которая, хотя и не имела внутренней силы закона, тем не менее, стимулировала принятие законов во многих странах для защиты людей от неконтролируемых исследований. Декларация расширяет принципы, впервые сформулированные в Нюрнбергском кодексе, и применяет эти идеи непосредственно к клинической исследовательской работе. Декларация рассматривала проведение клинической исследовательской деятельности и проводила разделение между исследованиями с лечебной целью и исследованиями, не имеющими

ми терапевтического компонента. Однако это разделение было устранено в более поздних версиях декларации.

Хельсинкская декларация так же, как и Нюрнбергский кодекс, центральным документом этической исследовательской деятельности делает информированное согласие, однако допускает согласие представителя субъекта исследования, если он является недееспособным лицом, в частности несовершеннолетним, либо человеком с физической или психической неполноценностью, из-за которой он не способен дать информированное согласие самостоятельно. К 1966 г. во многих странах декларация была одобрена, но принятых новых рекомендаций было недостаточно для обеспечения защиты детей и других объектов исследований.

В 1966 г. гарвардский анестезиолог Генри К. Бичер опубликовал статью в «Новом английском медицинском журнале» о рискованных и неэтичных исследованиях на людях, которая побудила правительство США принять в 1974 г. «Закон о национальных исследованиях», согласно которому все они подпадают под сферу институционального контроля.

Примерно в этот же период обнародованы результаты исследования сифилиса в Таскиги, что побудило Конгресс США учредить национальную комиссию по защите людей – субъектов биомедицинских и поведенческих исследований. Исследование сифилиса в Таскиги – негуманный медицинский эксперимент, длившийся с 1932 по 1972 г. в городе Таскиги, Алабама, США. Исследование проводилось под руководством Службы общественного здравоохранения США и ставило перед собой цель провести опыты на людях, изучив все стадии заболевания сифилисом на 600 крестьянах бедного афроамериканского населения. Несмотря на то, что в 1947 г. пенициллин стал стандартным методом лечения сифилиса, тем не менее, больным не сообщали об этом. Кроме того, исследователи препятствовали тому, чтобы участники исследования получили доступ к лечению сифилиса в других лечебных учреждениях. Исследование прекратилось лишь в 1972 г., когда информация о нем просочилась в прессу. В результате многие люди умерли от сифилиса, заразив своих жен и детей, рожденных с врожденным сифилисом.

В 1977 г. Национальная комиссия по защите людей – объектов биомедицинских и поведенческих исследований, созданная Конгрессом США после тревожных разоблачений злоупотреблений, обнаруженных при изучении сифилиса в Таскиги, опубликовала свой отчет об исследованиях с участием детей. Одобренный исследователями и медицинскими учреждениями

отчет Национальной комиссии послужил основой для опубликованных в 1983 г. окончательных положений Министерства здравоохранения и социальных служб о «дополнительной защите детей, участвующих в качестве объектов исследований».

Проблемы с исследованиями сифилиса в Таскиги послужили разработке руководящих принципов этического проведения экспериментов на людях, которые осуществила многопрофильная группа выдающихся ученых, врачей, специалистов по этике, юристов и религиозных лидеров. Итогом стал Бельмонтский отчет, опубликованный в 1979 г., который служит этической основой для всех исследований на людях, проводимых во многих странах. Бельмонтский доклад в настоящее время является наиболее ранним определяющим документом в области биоэтики, предполагающим, что уважение к личности, благодеяние и справедливость являются основополагающими. Последующее его обсуждение привело к определению четырех основных ценностей или принципов, лежащих в основе современной медицинской этики: благодеяние, непричинение вреда, справедливость и автономия личности.

Благодеяние – это концепция исследовательской этики, которая гласит, что исследователи должны стремиться к благополучию участника исследования в качестве цели любого клинического испытания или другого научного исследования. Антоним этого термина, вредоносность, описывает практику, которая противоречит благополучию любого участника исследования. Согласно Бельмонтскому отчету, исследователи обязаны следовать двум моральным требованиям в соответствии с принципом благотворительности: не причинять вреда и максимизировать возможную выгоду для исследований, сводя к минимуму любой потенциальный вред другим.

Принцип ненасилия (непричинения вреда) воплощен во фразе «во-первых, не навреди», или, по-латыни, *primum non nocere*. Многие считают, что это должно быть главным постулатом (отсюда и *primum*): что важнее не навредить своему пациенту, чем принести ему пользу, и является частью клятвы Гиппократова, которую дают все врачи. Практикующие врачи-энтузиасты склонны использовать методы лечения, которые, по их мнению, принесут пользу, без предварительной их адекватной оценки, без твердого убеждения, что они не причинят вреда пациенту. В результате пациентам причиняется большой вред, о чем говорит комическое высказывание: «лечение было успешным, но пациент умер». Не только важнее не причинять вреда, чем приносить пользу, важно также знать, насколько велика вероятность того, что ваше лечение причинит вред пациенту.

В последнее время все более обсуждаемым в биоэтике становится принцип предосторожности, регулирующий принятие решений и осуществление исследовательской и клинической деятельности, когда последствия ее не определены и вызывают опасения в силу непредсказуемости или неблагоприятного развития ситуации. Принцип предосторожности основывается на требовании «не навреди» и чувстве ответственности тех, кто принимает решения, делает прогнозы и осуществляет медицинскую деятельность. Он обусловлен высокой степенью риска в медицине и предполагает необходимость осторожного отношения врача к проблеме выбора целей и средств, чтобы избежать или уменьшить морально неприемлемый ущерб.

Однако на практике многие методы лечения сопряжены с определенным риском причинения вреда. В некоторых обстоятельствах, например, в безвыходных ситуациях, когда исход без лечения будет серьезным, именно рискованное лечение, которое с высокой вероятностью причинит вред пациенту, будет оправдано, поскольку риск отказа от лечения еще с большей вероятностью причинит вред. Таким образом, принцип «не навреди» не является абсолютным и уравнивает принцип благодеяния (делания добра), поскольку действие двух принципов вместе часто приводит к двойному эффекту. Даже такие элементарные действия, как взятие пробы крови или инъекция лекарства, наносят вред организму пациента. Эвтаназия также противоречит принципу благодеяния, поскольку пациент умирает в результате лечения, проведенного врачом.

Принцип благодеяния относится к акту помощи другим, в то время как непричинение зла относится к стремлению не причинить какого-либо вреда пациенту. Таким образом, основное различие между ними заключается в том, что первое требует, чтобы врач помогал пациентам, тогда как второе, непричинение вреда, требует, чтобы он с самого начала им не навредил. Когда объединяются обе концепции, главное заключается в том, что врач должен действовать бескорыстно, таким образом, чтобы помочь другому человеку, при этом не должен действовать в соответствии со своими собственными убеждениями. Двойной эффект относится к двум типам последствий, которые могут быть вызваны одним действием, и в медицинской этике это обычно рассматривается как комбинированный эффект соблюдения принципа благодеяния и непричинения вреда. Часто приводимым примером этого явления является применение морфина или другого сильнодействующего анальгетика умирающим пациентом. Такое применение

морфина может иметь положительный эффект, облегчая боль и страдания пациента, и одновременно оказывать пагубное воздействие, сокращая жизнь пациента за счет деактивации дыхательной системы.

Справедливость – принцип, в основе которого лежит представление о равноправии, уравнивающем права каждого человека на единые стартовые возможности и дающем каждому одинаковые шансы на достойную жизнь. Требование справедливости связано с тем обстоятельством, что научное исследование кому-то приносит пользу, а кто-то испытывает на себе его тяготы. Но как достичь справедливого баланса тягот и выгод исследования?

Хотя принципы благодеяния, непричинения вреда и справедливости в равной степени применимы к детской хирургии, педиатрии и другим областям медицины, то принцип автономии является более сложным в интерпретации. Автономия – это способность человека принимать рациональные решения без постороннего влияния, и она является общим показателем здорового ума и тела.

В 1997 г. в Овьедо (Испания) была принята «Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине», где указано, что «медицинское вмешательство может осуществляться лишь после того, как соответствующее лицо даст на это свое добровольное письменное согласие». В шестой статье этого документа четко указано, что «проведение медицинского вмешательства в отношении несовершеннолетнего, не могущего дать свое согласие по закону, может быть осуществлено только с разрешения его представителя, органа власти либо лица или учреждения, определенных законом. Мнение самого несовершеннолетнего рассматривается как фактор, значение которого растет в зависимости от возраста несовершеннолетнего и степени его зрелости». В главе V, статье 15 «Научные исследования» говорится о том, что научные исследования в области биологии и медицины осуществляются свободно при условии соблюдения положений настоящей Конвенции и других законодательных документов, гарантирующих защиту человека.

Следующим шагом в развитии биоэтических основ исследований в детской хирургии стала Директива № 2001/20/ЕС Европейского парламента и Совета Европейского союза «О сближении законодательных, регламентарных и административных положений государств – членов ЕС о надлежащей клинической практике в процессе проведения клинических исследований лекарственных средств для человека», в статье 4 которой указано, что клинические исследования

лекарственных средств с участием лиц, не достигших совершеннолетия, может проводиться с учетом девяти случаев, в том числе получение информированного согласия, доведение всей информации о клиническом исследовании и др.

В руководстве для работы комитетов по этике, проводящих экспертизу биомедицинских исследований, новая редакция которого в 2010 г. принята Советом Европы, ко всему прочему регламентируется работа комитетов по этической экспертизе исследований (КЭЭИ). При рассмотрении материалов по исследованиям с участием людей в качестве субъектов, большинство научных журналов требуют наличия одобрения исследования со стороны КЭЭИ. Таким образом, КЭЭИ вносят свой вклад в научные и этические аспекты качества проводящихся исследований.

В 2013 г. в столице Южной Кореи состоялась двадцатая сессия Международного комитета по биоэтике ЮНЕСКО (МБК), в которой приняли участие представители из 33 стран с целью обсудить потенциальную угрозу возможной дискриминации, связанной с новыми достижениями в биомедицине. Организаторы встречи напомнили о дискриминации и стигматизации, которая может стать последствием неправильного использования генетической информации, хранящейся в биобанках. На сессии было обозначено, что тропические болезни являются важнейшим примером дискриминации и социальной стигматизации, что в свою очередь вытекает из более широкой проблемы доступа к лекарственным средствам. Немаловажно для детской хирургии было то, что обсуждение сконцентрировалось на возникающей в связи с трансплантацией органов дискриминации и стигматизации, как доноров, так и реципиентов. В проекте доклада также говорилось о существующей или возможной дискриминации и стигматизации в связи с ВИЧ/СПИДом, нанотехнологиями и нейробиологией [8].

Совет международных научно-медицинских организаций (СМНМО) – международная неправительственная структура, поддерживающая официальные отношения с Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). Совет был учрежден в 1949 г. под эгидой ВОЗ и Организации объединенных наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО). В частности, его мандат предусматривает поддержку отношений сотрудничества с Организацией объединенных наций (ООН) и ее специализированными учреждениями, в особенности ЮНЕСКО и ВОЗ. СМНМО совместно с ВОЗ начал свою работу в области этики биомедицинских исследований в конце 1970-х гг. В этой связи Совет поставил перед собой

задачу в сотрудничестве с ВОЗ подготовить соответствующие руководящие принципы. Целью этого документа было и ныне остается предоставление выверенных на международном уровне всеобщих этических принципов с подробными пояснениями их практического применения с акцентом на реализацию научных исследований в условиях ограниченности ресурсов. Итогом совместной работы СМНМО и ВОЗ стали «Предлагаемые международные этические руководящие принципы для биомедицинских исследований с участием людей в качестве субъектов». В четвертой редакции от 2016 г. были определены 25 руководящих принципов, в семнадцатом из которых под названием «Научные исследования с участием детей и подростков» было отмечено, что «детям и подросткам присущи специфические физиологические особенности и потребности в плане медико-санитарной помощи, и поэтому они заслуживают особого подхода со стороны исследователей и комитетов по исследовательской этике. Однако в связи со своими специфическими физиологическими особенностями и уровнем эмоционального развития дети и подростки могут подвергаться повышенному риску причинения вреда при проведении исследовательской деятельности. Более того, не имея надлежащей поддержки, они могут быть не в состоянии отстаивать свои интересы, так как их способность дать информированное согласие еще только формируется». Таким образом, необходимы специальные защитные меры, чтобы гарантировать права и благополучие детей в ходе исследовательской и инновационной работы.

Заключение. Вот уже более ста лет использование детей в исследованиях оспаривается, тем не менее, в научной литературе встречается большое количество примеров вовлечения детей в такую деятельность. Дети ранее рассматривались как важные участники прогресса медицинских знаний и разработки новых лекарств и вакцин. Развитие детской хирургии и становление биоэтических принципов привели к ограничению таких безрассудных опытов над детьми. Очень важен контроль медицинской общественности таких исследований, центральную роль в котором играют этические комитеты. Работа этих комитетов основывается на комплексе накопленных человечеством международно-правовых и рекомендательных актов, являющихся основополагающими в области биоэтики.

Дополнительная информация

Вклад авторов. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критери-

ям 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 information

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. Riskin D.J., Longaker M.T., Krummel T.M. The ethics of innovation in pediatric surgery // *Seminars in Pediatric Surgery*. 2006. No. 15 (4). P. 319–323. doi: 10.1053/j.sempedsurg.2006.07.012.
2. Ушаков Е.В. Биоэтика: учебник и практикум для вузов. М.: Издательство Юрайт, 2016. 306 с.
3. Rentea R.M., Oyetunji T.A., Peter S.D.S. Ethics of randomized trials in pediatric surgery // *Pediatric Surgery International*. 2020. No. 36. P. 865–867. doi: 10.1007/s00383-020-04665-5.
4. Frader J., Flanagan K. E. Innovation and research in pediatric surgery // *Seminars in Pediatric Surgery*. 2001. No. 10 (4). P. 198–203. doi: 10.1053/spsu.2001.26841.
5. Schafer D. Liver transplantation: look back, looking forward // Maddrey W., Schiff E., Sorrell M. et al. *Transplantation of the liver*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2001. P. 1–5.
6. Lederer S. Children as guinea pigs: historical perspective // *Accountability in Research*. 2003. No. 10(1). P. 1–16. doi: 10.1080/08989620300505.
7. Barfield R.C., Church C. Informed consent in pediatric clinical trials // *Current Opinion in Pediatrics*. 2005. No. 17 (1). P. 20–24. doi: 10.1097/01.mop.0000145718.77939.b1.
8. Васкес Абанто Х.Э., Васкес Абанто А.Э., Арельяно Васкес С.Б. Современная этика медицинских исследований – биоэтика // *Российский гуманитарный журнал*. 2015. Т. 4. № 4. С. 292–303.

REFERENCES

1. Riskin D.J., Longaker M.T., Krummel T.M. The ethics of innovation in pediatric surgery. *Seminars in Pediatric*

Surgery. 2006;15(4):319–323. doi: 10.1053/j.sempedsurg.2006.07.012.

2. Ushakov E.V. Bioethics: textbook and workshop for universities. Moscow; Yurayt Publishing House, 2016. 306 p. (in Rus.).

3. Rentea R.M., Oyetunji T.A., Peter S.D.S. Ethics of randomized trials in pediatric surgery. *Pediatric Surgery International*. 2020;36:865–867. doi: 10.1007/s00383-020-04665-5.

4. Frader J., Flanagan K. E. Innovation and research in pediatric surgery. *Seminars in Pediatric Surgery*. 2001;10(4):198–203. doi: 10.1053/spsu.2001.26841.

5. Schafer D. Liver transplantation: look back, looking forward. Maddrey W., Schiff E., Sorrell M. et al. *Transplanta-*

tion of the liver. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2001:1–5.

6. Lederer S. Children as guinea pigs: historical perspective. *Accountability in Research*. 2003;10(1):1–16. doi: 10.1080/08989620300505.

7. Barfield R.C., Church C. Informed consent in pediatric clinical trials. *Current Opinion in Pediatrics*. 2005;17(1):20–24. doi: 10.1097/01.mop.0000145718.77939.b1.

8. Vasquez Abanto H.E., Vasquez Abanto A.E., Arellano Vasquez S.B. Modern ethics of medical research is bioethics. *Rossiiskii gumanitarnyi zhurnal = Russian Humanitarian Journal*. 2015;4(4):292–303. (in Rus.).

Информация об авторах

А.И. Перепелкин – заведующий кафедрой детской хирургии, доктор медицинских наук, профессор, Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5964-3033>, Scopus Author ID: 7003524902, E-mail: similipol@mail.ru ✉

Е.В. Власова – ассистент кафедры судебной медицины, кандидат медицинских наук, Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6215-6375>, Scopus Author ID: 57215003086, E-mail: ekaterina-v@mail.ru

А.А. Перепелкина – студентка, член НОМУС Волгоградского государственного медицинского университета, Волгоград, Россия; ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-1540-8132>, E-mail: nashanasti@mail.ru

Information about authors

A.I. Perepelkin – Head of the Department of Pediatric Surgery, MD, Professor, Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5964-3033>, Scopus Author ID: 7003524902, E-mail: similipol@mail.ru ✉

E.V. Vlasova – Assistant of the Department of Forensic Medicine, Candidate of Medical Sciences, Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6215-6375>, Scopus Author ID: 57215003086, E-mail: ekaterina-v@mail.ru

A.A. Perepelkina – student, member of the NOMUS of the Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia; ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-1540-8132>, E-mail: nashanasti@mail.ru

Этика патриотизма в зеркале социологии

Геннадий Юрьевич Щекин^{1✉}, Антон Иванович Лукаш²

¹ Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

² Исторический парк «Россия – моя история», Волгоград, Россия

Аннотация. Актуальность определяется как реалиями социально-политической ситуации, так и ее личностным компонентом. Интерес к проблеме патриотизма во многом обусловлен обращением к традиционным духовно-нравственным ценностям, поэтому авторы акцентируют свое внимание на понимании патриотизма как этического феномена, эксплицируя его аксиологическую структуру. Такая экспликация будет достоверной, только если она разработана на конкретном фактологическом материале, поэтому в работе представлены результаты социологического анализа современных тенденций патриотических ценностных ожиданий российского общества. **Цель работы** – социологическая экспликация духовно-нравственного континуума патриотических ценностей современного российского общества. **Материалы и методы.** В работе представлены результаты социологического анализа современных тенденций патриотических ценностных ожиданий российского общества. Проведен контент-анализ современных публикаций по проблеме исследования с использованием открытых баз данных <https://cyberleninka.ru/>, <https://www.elibrary.ru/> и др.; а также норм текущего национального законодательства (<https://www.garant.ru/>). **Результаты и их об-суждение.** Согласно данным опроса, первые места в структуре патриотических ценностей российского общества занимают представления о семье, заботе о близких, которые отметили 16 % респондентов в 2023 и 2024 гг. – то есть примерно каждый шестой респондент. На втором месте по значимости для россиян в структуре патриотизма как духовно-нравственного феномена – привязанность к «малой Родине» («место, где родился, живу»), которое отметили 15 % респондентов в 2023 г и 14 % в 2024 г. На третьем месте – взаимопонимание и взаимопомощь, которые отметили 10 % респондентов в 2023 г. и 8 % в 2024 г. **Заключение.** Полученная в результате исследования структура ценностных диспозиций отражает основные векторы государственной политики и отмечает реперные точки ее развития. Проведенный социологический анализ показал приоритет в личностном сознании таких ценностей, аффилированных с патриотизмом, как забота о семье, любовь к малой Родине, взаимопонимание и взаимопомощь. Максимально эффективным патриотическое воспитание может быть, только если оно ориентировано на эти конкретные ценности.

Ключевые слова: патриотизм, социум, социальные ожидания, традиционные ценности, иерархия патриотических ценностей

Статья поступила 20.04.2024; принята к публикации 22.06.2024; опубликована 20.11.2024.

Original article

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2024-17-2-36-40>

Ethics of patriotism in the mirror of sociology

Gennady Yu. Shchekin^{1✉}, Anton I. Lukasz²

¹ Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

² Historical Park "Russia – My History", Volgograd, Russia

Abstract. Background: The relevance is determined by both the realities of the socio-political situation and its personal component. Interest in the problem of patriotism is largely due to an appeal to traditional spiritual and moral values, so the authors focus on understanding patriotism as an ethical phenomenon, explicating its axiological structure. Such an explication will be reliable only if it is developed on specific factual material, therefore the work presents the results of a sociological analysis of modern trends in patriotic value expectations of Russian society. **Aim:** a sociological explication of the spiritual and moral continuum of patriotic values of modern Russian society. **Materials and methods:** The work presents the results of a sociological analysis of modern trends in patriotic value expectations of Russian society. A content analysis of modern publications on the research problem was carried out using open databases <https://cyberleninka.ru/>, <https://www.elibrary.ru/> and others; as well as the norms of the current national legislation (<https://www.garant.ru/>). **Results and discussion:** According to the survey data, the first places in the structure of patriotic values of Russian society are occupied by ideas about family, caring for loved ones, which were noted by 16% of respondents in 2023 and 2024, i.e. approximately every sixth respondent. In second place in terms of importance for Russians in the structure of patriotism as a spiritual and moral phenomenon is attachment to the “small homeland” (“the place where I was born, where I live”), which was noted by 15 % of respondents in 2023 and 14 % in 2024. In third

place is mutual understanding and mutual assistance, which were noted by 10 % of respondents in 2023 and 8 % in 2024. **Conclusion:** The structure of value dispositions obtained as a result of the study reflects the main vectors of state policy and marks the reference points of its development. The conducted sociological analysis showed the priority in the personal consciousness of such values, affiliated with patriotism, as caring for the family, love for the small Motherland, mutual understanding and mutual assistance. Patriotic education can be maximally effective only if it is focused on these specific values.

Keywords: patriotism, society, social expectations, traditional values, hierarchy of patriotic values

Submitted 20.04.2024; accepted 22.06.2024, published 20.11.2024.

Введение. Современная стратегия государственной политики ориентирована на сохранение и укрепление традиционных российских духовно-нравственных ценностей, отраженных в Указе Президента Российской Федерации от 09.11.2022 № 809 «Об Основах государственной политики»¹.

С сентября 2023 г во всех образовательных учреждениях высшего и среднего профессионального образования введена учебная дисциплина «Основы российской государственности», целью которой является формирование у обучающихся системы знаний, навыков и компетенций, а также ценностей, правил и норм поведения, связанных с осознанием принадлежности к российскому обществу, развитием чувства патриотизма и гражданственности, формированием духовно-нравственного и культурного фундамента развитой и цельной личности, осознающей особенности исторического пути российского государства, самобытность его политической организации и сопряжение индивидуального достоинства и успеха с общественным прогрессом и политической стабильностью своей Родины. Программа разработана при поддержке «ДНК России» и в настоящее время происходит наращивание учебно-методического комплекса на основе данных проводимых в поле социологических исследований [1].

Современная политическая повестка актуализирует проблематику патриотизма и обуславливает практическую востребованность междисциплинарных исследований аксиологических экспектаций российского социума [2, 3, 4].

Цель работы. Социологическая экспликация духовно-нравственного континуума патриотических ценностей современного российского общества.

Материалы и методы. Проведен контент-анализ современных публикаций по проблеме исследования с использованием открытых баз данных <https://cyberleninka.ru/>, <https://www.elibrary.ru/> и др.; а также норм текущего национального законодательства (<https://www.garant.ru/>). Эмпирическую базу работы составили данные базы официального сайта ВЦИОМ, полученные методом опроса (телефонное интервью

по стратифицированной случайной выборке, извлеченной из полного списка сотовых телефонных номеров, задействованных на территории РФ, $N = 1600$).

Данные взвешены по социально-демографическим параметрам. Предельная погрешность выборки с вероятностью 95 % не превышает 2,5 %. Помимо погрешности смещение в данные опросов могут вносить формулировки вопросов и различные обстоятельства, возникающие в ходе полевых работ.

Основные показатели результативности опроса 4 марта 2024 г.: коэффициент кооперации (КК)* = 0,8044; минимальный коэффициент ответов (МКО)** = 0,0150; коэффициент достижимости (КД)*** = 0,0948.

Математический анализ вторичных данных проведен методами вариационной статистики с расчетом коэффициента Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Согласно анализу результатов социологических опросов ВЦИОМ в динамике 10–12 лет, ценностные экспектации современного российского социума характеризуются рядом особенностей (рис. 1).

Абсолютно уверенно считают себя патриотами 62 % респондентов федеральной выборки, еще 30–34 % выразили менее выраженную уверенность, тем самым определяя прогнозируемые патриотические паттерны у подавляющего большинства россиян – 92–94 % респондентов (из 1600 человек в возрасте старше 18 лет). В то же время обращает внимание структура выраженной уверенности в своем патриотизме в зависимости от места проживания – наиболее высокие показатели – 66 % ($p > 0,5$) у жителей городов численностью 500–950 тыс. человек и в сельской местности; наименее низкие – 50 % ($p < 0,5$) у жителей городов-миллионников.

Рассматривая этические паттерны патриотизма в динамике 2005–2024 года, необходимо отметить точки роста в 2008, 2014, 2018, 2022 и 2024 гг. (рис. 2). Экстраполяция политических событий в России на данные динамики патриотических настроений общества позволяет их аргументировать и определяет их социальную валидность (СВО, выборы Президента РФ и др.). Более детально позволяют исследовать нравственные патриотические настроения социума данные структуры рассматриваемой экспектации (рис. 3).

¹ URL: <http://www.scrf.gov.ru/> (дата обращения: 18.03.2024).

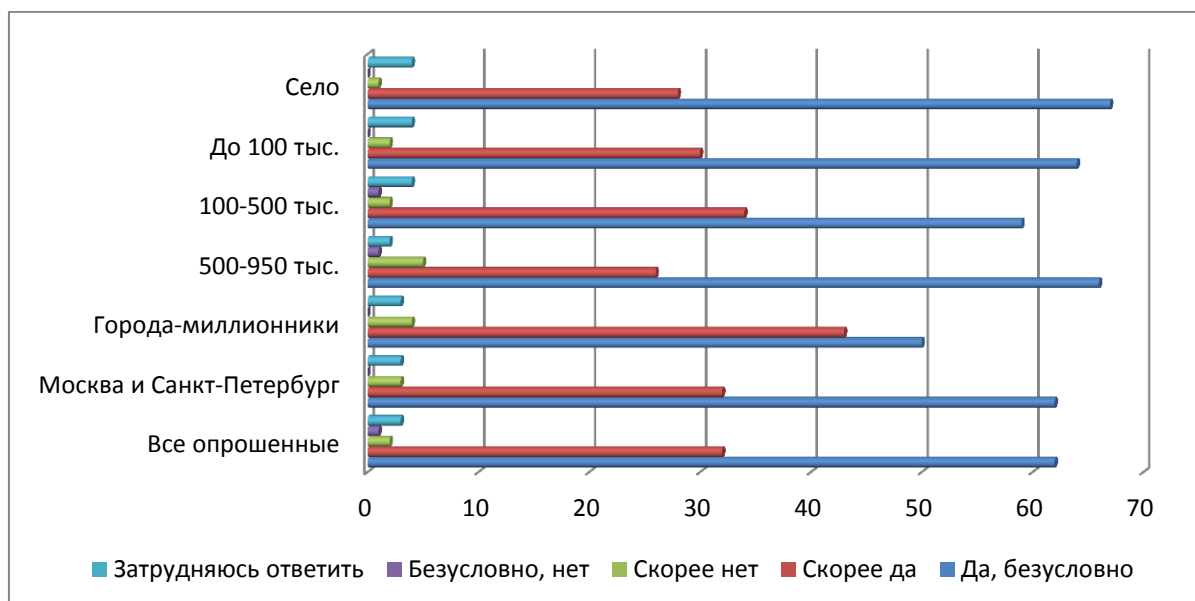


Рис. 1. Распределение респондентов при ответе на вопрос: «Как бы Вы сами себя охарактеризовали – как патриота своей страны или нет?» в 2024 г.
(<https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/o-sovremennom-rossiiskom-patriotizme>)

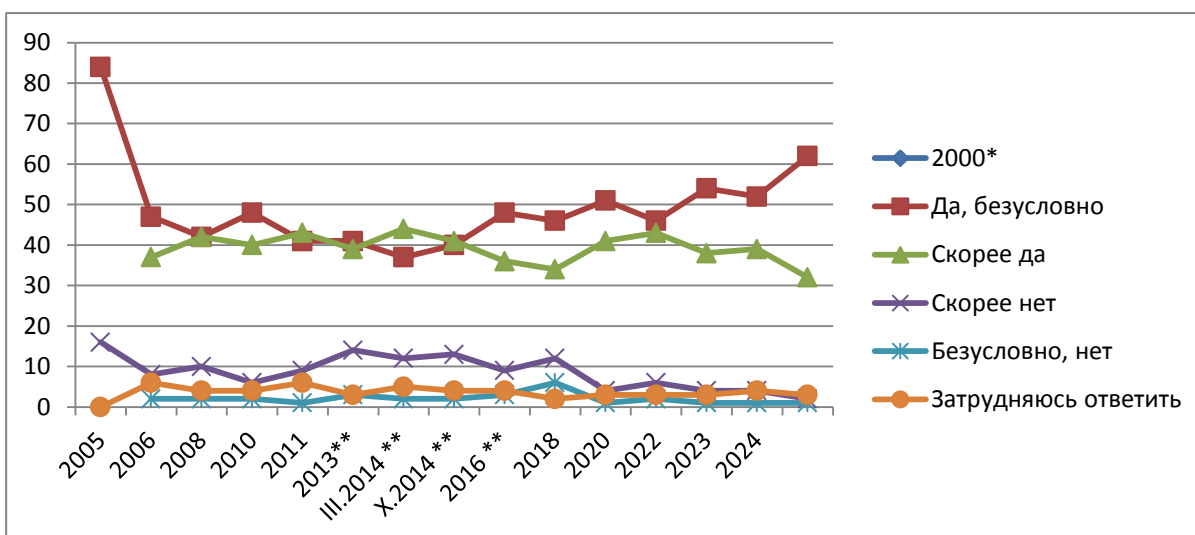


Рис. 2. Распределение респондентов при ответе на вопрос: «Как бы Вы сами себя охарактеризовали – как патриота своей страны или нет?» в динамике 2005–2024 гг.
(<https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/o-sovremennom-rossiiskom-patriotizme>)

Согласно данным опроса, первые места в структуре патриотических ценностей российского общества занимают представления о семье, заботе о близких, которые отметили 16 % респондентов в 2023 и 2024 гг. – то есть примерно каждый шестой респондент. На втором месте по значимости для россиян в структуре патриотизма – привязанность к «малой Родине» («место, где родился, живу»), которое отметили 15 % респондентов в 2023 г. и 14 % в 2024 г.

На третьем месте – взаимопонимание и взаимопомощь, которые отметили 10 % респондентов в 2023 г. и 8 % в 2024 г. Далее, примерно одинаковую оценку получили любовь к природе, национальной культуре, вклад в развитие страны (6–7 % респондентов, $p < 0,5$ по сравнению с позицией семейных ценностей).

Полученная структура отражает основные векторы государственной политики и отмечает реперные точки ее развития.

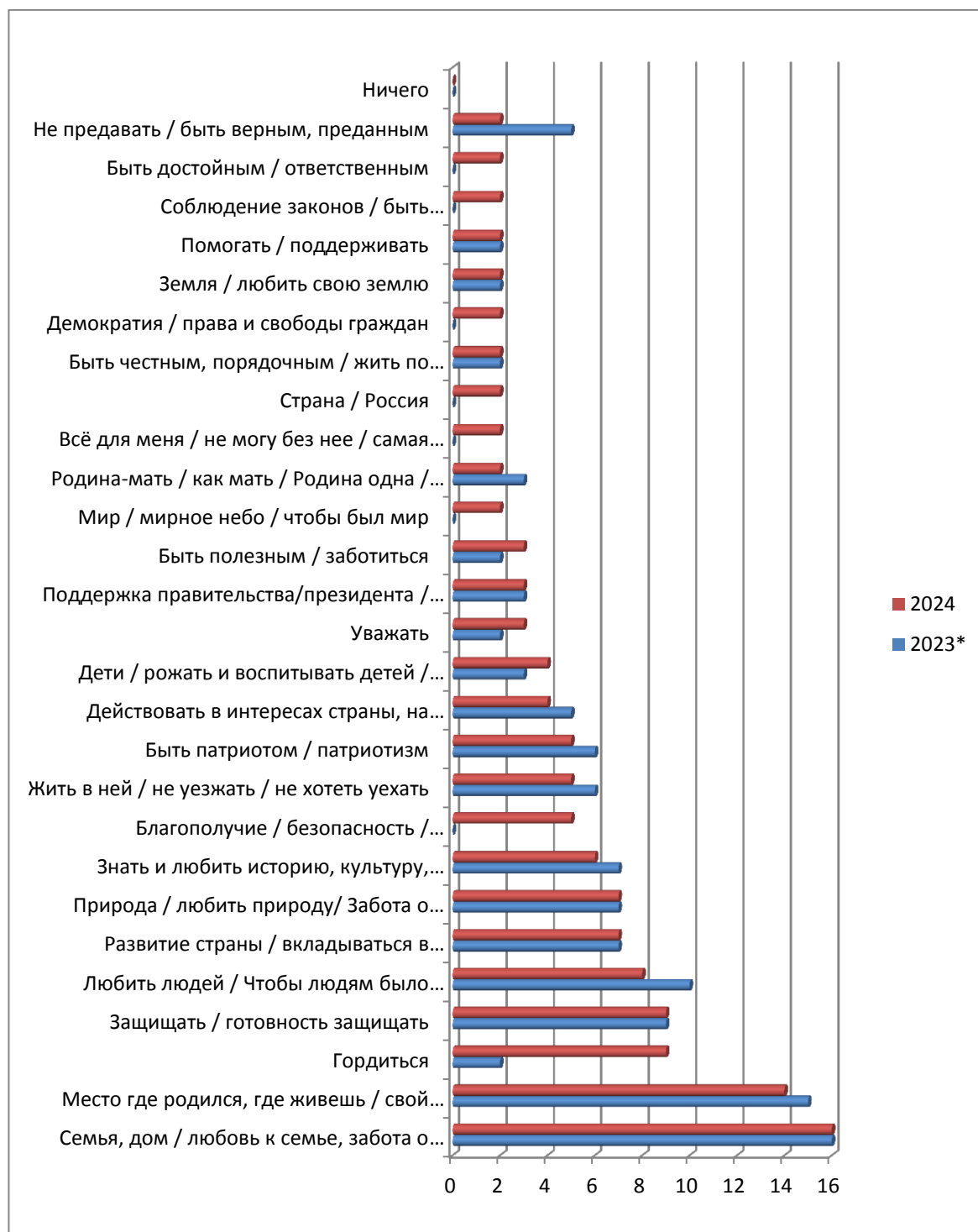


Рис. 3. Распределение респондентов при ответе на вопрос: «Что для Вас лично означает любить свою Родину?»

Заключение. Социологический анализ позволяет дифференцировать социальные экспектации в контексте патриотизма по критериям принадлежности к социальным группам в зависимости от возраста, места проживания, региона и других социально-демографических показателей. Полученные выводы могут быть использованы для разработки точечных политических стратегий и требуют дальнейшего ис-

следования для оптимизации региональной политики в рассматриваемом проблемном поле [5, 6].

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 Гранта № 24-1-000015 «Крылья надежды – героям СВО»

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

Additional information

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 Grant No. 24-1-000015 “Wings of Hope – to the Heroes of the SVO”.

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

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Мешков В.Е. Проблема патриотизма. Патриотизм нашего времени // Экономика и социум. 2019. № 5 (36). С. 929–931.
2. Попов М.Ю. Историческая память и культура общества: динамика и закономерности взаимовлияния // Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. Серия: Исторические науки. Культурология. Политические науки. 2022. Ч. 1. № 4.
3. Воробьев А.А. Реабилитация комбатантов: этический и медицинский подходы // Биоэтика. 2023. Т. 16. № 1. С. 39–43.

4. Шкарин В.В. Волгоградский опыт гуманитарного образования в медицинском вузе // Биоэтика. 2020. № 1 (25). С. 22–27.

5. Доника А.Д. Социологический прогноз комплаентности молодежи к современным векторам государственной политики: монография. Тамбов: Изд-во «ООО Консалтинговая компания Юком», 2023.

6. Филиппов А.В., Соловьев Н.В. Этика – война – медицина: научный портрет проблемы в современных публикациях // Биоэтика. 2024. Т. 17. № 1. С. 71–76. doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2024-17-1-71-76>.

REFERENCES

1. Meshkov V.E. The Problem of Patriotism. Patriotism of Our Time. *Ekonomika i sotsium = Economy and Society*. 2019;5(36):929–931. (in Rus.).
2. Popov M.Yu. Historical Memory and Culture of Society: Dynamics and Patterns of Mutual Influence. *Gumanitarnye, sotsial'no-ekonomicheskie i obshchestvennye nauki. Seriya: Istorieskie nauki. Kul'turologiya. Politicheskie nauki = Humanities, Socio-Economic and Social Sciences. Series: Historical Sciences. Cultural Studies. Political Sciences*. 2022;1(4). (in Rus.).
3. Vorobyov A.A. Rehabilitation of Combatants: Ethical and Medical Approaches. *Bioetika = Bioethics*. 2023;16(1):39–43. (in Rus.).
4. Shkarin V.V. Volgograd Experience of Humanitarian Education in a Medical University. *Bioetika = Bioethics*. 2020;1(25):22–27. (in Rus.).
5. Donika A.D. Sociological forecast of youth compliance to modern vectors of state policy. Monograph. Tambov; Publishing House “ООО Consulting Company Ukom”, 2023. (in Rus.).
6. Filippov A.V., Soloviev N.V. Ethics – war – medicine: a scientific portrait of the problem in modern publications. *Bioetika = Bioethics*. 2024;17(1):71–76. (in Rus.) doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2024-17-1-71-76>.

Информация об авторах

Г.Ю. Щекин – доктор социологических наук, профессор кафедры философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины, Волгоградский государственный медицинский университет; старший научный сотрудник лаборатории этической, правовой и социологической экспертизы в медицине, Волгоградский медицинский научный центр, Волгоград, Россия; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3175-3262>, Scopus Authors ID: 56584684500, E-mail: Alfa-001@yandex.ru ✉

А.И. Лукаш – кандидат социологических наук, заместитель директора, Исторический парк «Россия – моя история», член Военно-исторического общества, Волгоград, Россия; ORCID: <http://orcid.org/0009-0007-5495-743X>, E-mail: Luka-6@yandex.ru

Information about authors

G.Yu. Shchekin – Doctor of Sociological Sciences, Professor of the Department of Philosophy, Bioethics and Law with a course in Sociology of Medicine, Volgograd State Medical University; Senior Researcher at the Laboratory of Ethical, Legal and Sociological Expertise in Medicine, Volgograd Medical Research Center, Volgograd, Russia; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3175-3262>, Scopus Authors ID: 56584684500, E-mail: Alfa-001@yandex.ru ✉

A.I. Lukasz – Candidate of Sociological Sciences, Deputy Director, Historical Park “Russia – my History”, member of the Military Historical Society, Volgograd, Russia; ORCID: <http://orcid.org/0009-0007-5495-743X>, E-mail: Luka-6@yandex.ru

Научная статья

УДК 614.2:17.174

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2024-17-2-41-47>

Отношение социума к лицам с психическими расстройствами и психиатрической помощи

Татьяна Геннадьевна Светличная¹, Елена Алексеевна Смирнова²✉

¹Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

²Череповецкий государственный университет, Череповец, Россия

Аннотация. Актуальность. Глобализация, цифровизация и иные процессы трансформации социума существенно преобразили паттерны повседневной жизни людей. Высокие технологии упростили многие социально-экономические процессы и одновременно усложнили структуру и содержание социальных отношений, существенно ускорив темп и динамику социальных процессов, что не могло не отразиться на психическом и физическом здоровье людей. С разной периодичностью со стрессом сталкиваются 9 из 10 россиян (90 %). Изучение отношения граждан к психическим расстройствам и их готовности обратиться за квалифицированной психиатрической помощью становится актуальной задачей. **Цель работы** – выявление отношения граждан к психическим расстройствам, врачам-психиатрам и психиатрии, а также их готовности к обращению за квалифицированной психиатрической помощью при возникновении нарушений в состоянии психического здоровья. **Материалы и методы.** В настоящей статье приведены результаты качественного исследования с использованием фокус-групповой дискуссии 30 человек в возрасте от 18 до 65 лет: от 18 до 35 лет, 36–59 лет и 60 лет и старше. **Результаты и выводы.** Основной причиной негативного отношения общества к психическим расстройствам, врачам-психиатрам и психиатрии является низкий уровень доверия врачу, следствием чего является частичное или даже полное невыполнение пациентами врачебных назначений. Исследование позволило выявить социальные и психологические установки представителей всех возрастных групп, прийти к единому согласованному мнению относительно негативного отношения общества к психическим расстройствам и низкой готовности к обращению за квалифицированной психиатрической помощью при возникновении нарушений психического здоровья.

Ключевые слова: психические расстройства, психическое здоровье, психиатрическая помощь, врач-психиатр, горожанин

Статья поступила 20.03.2024; принята к публикации 22.06.2024; опубликована 20.11.2024.

Original article

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2024-17-2-41-47>

The attitude of society towards people with mental disorders and psychiatric care

Tatiana G. Svetlichnaya¹, Elena A. Smirnova²✉

¹Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia

²Cherepovets State University, Cherepovets, Russia

Abstract. Background: Globalization, digitalization and other processes of transformation of society have significantly transformed the patterns of people's daily lives. High technologies have simplified many socio-economic processes and at the same time complicated the structure and content of social relations, significantly accelerating the pace and dynamics of social processes, which could not but affect the mental and physical health of people. 9 out of 10 Russians (90 %) face stress at different intervals, as a result, studying the attitude of citizens to mental disorders and their willingness to seek qualified psychiatric help becomes an urgent task. The purpose of the work is to identify the attitude of citizens towards mental disorders, psychiatrists and psychiatry, as well as their readiness to seek qualified psychiatric help in the event of mental health disorders. **Materials and methods:** This article presents the results of a qualitative study using a focus group discussion by 30 people aged 18 to 65 years: from 18 to 35 years, 36–59 years and 60 years and older. **Results and conclusions:** The main reason for the negative attitude of society towards mental disorders, psychiatrists and psychiatry is the low level of trust in the doctor, which results in partial or even complete failure by patients to fulfill medical appointments. The study made it possible to identify

the social and psychological attitudes of representatives of all age groups, to come to a single agreed opinion regarding the negative attitude of society towards mental disorders and low willingness to seek qualified psychiatric help in the event of mental health disorders.

Keywords: mental disorders, mental health, psychiatric care, psychiatrist, citizen

Submitted 20.03.2024; accepted 22.06.2024, published 20.11.2024.

Актуальность. В современном мире практически все сферы жизнедеятельности общества постоянно претерпевают значительные изменения [1].

Глобализация, технизация, цифровизация и иные революционные процессы трансформации социума существенно преобразили паттерны повседневной жизни людей [2, 3]. С одной стороны, высокие технологии упростили многие социальные и экономические процессы, а с другой – значительно усложнили структуру и содержание социальных отношений, существенно ускорив темп и динамику социальных процессов, что не могло не отразиться на психическом и физическом здоровье людей. Чтобы быть максимально эффективными в жесткой конкурентной среде, они вынуждены ежедневно осуществлять жизненно важные выборы, принимать непростые решения и претворять их в действия. Доступность информации о различных мировых событиях, сопровождающихся тяжелым, часто противоречивым, когнитивным и эмоциональным фоном, взаимодействие с широким кругом лиц в социальных сетях самого разнообразного вида способствуют усилению стрессогенности современного социума. Как следствие, стресс становится одной из важнейших характеристик образа жизни человека информационного общества. Если в 2022 г. [4] стрессовые ситуации переживали больше половины (57 %) россиян, а каждый четвертый (26 %) из них сталкивался со стрессом несколько раз в месяц, то в 2024 г. [5] этот показатель свидетельствует о сохранении данного негативного феномена. Сегодня практически каждый человек, так или иначе, испытывает состояние стресса: редко – 34 %; иногда – 37 %; часто – 13 %; постоянно – 6 %. В общей сложности с разной периодичностью со стрессом сталкиваются 9 из 10 россиян (90 %). В сложившихся обстоятельствах изучение отношения граждан к психическим расстройствам и их готовности обратиться за квалифицированной психиатрической помощью становится актуальной задачей.

Цель работы. Выявление отношения граждан к психическим расстройствам, врачам-психиатрам и психиатрии, а также их готовности к обращению за квалифицированной психиатрической помощью при возникновении нарушений в состоянии психического здоровья.

Материалы и методы. Предметом исследования явилось отношение граждан к психическим рас-

стройствам и расстройствам поведения (ПРiP), врачам-психиатрам и психиатрии в целом. Объектом исследования послужило взрослое население одного из крупнейших промышленных городов Северо-Западного федерального округа Российской Федерации (город Череповец).

По дизайну исследование явилось качественным, организованным по методу фокус-группы и реализованным в форме групповой дискуссии для целенаправленного получения субъективной информации по существу изучаемого предмета.

Объектом исследования явилось население г. Череповца (30 человек). Были проведены 3 сессии фокус-групп в каждой по 10 человек: с молодежью (18–34), людьми среднего (35–60) и пожилого (от 61 года и старше) возраста. Ценность подобного рода информации, являющейся одной из форм обратной связи, трудно переоценить. Она дает возможность организаторам здравоохранения более тщательно рассмотреть проблему негативного отношения общества к психическим расстройствам с точки зрения представителей разных социальных групп, что является неременным условием повышения эффективности принимаемых управленческих решений по формированию доверия граждан к службе психиатрической помощи и комплаентности пациентов к рекомендациям врачей-психиатров. Участникам было предложено высказать свое мнение о влиянии социальных отношений, складывающихся между горожанами и лицами с психическими расстройствами, на формирование отношения общества к психическим расстройствам, врачам-психиатрам и психиатрии.

Результаты исследования. Как нами было установлено ранее при проведении количественного исследования, у всех опрошенных (100 %) сформированы негативные стереотипы в отношении лиц с психическими расстройствами: сильные (7,9 %) и средние (59,6 %), а у каждого третьего (32,5 %) – слабые [6].

Характеризуя в ходе фокус-группового интервью образ, который сложился в отношении лиц с психическими расстройствами, горожане сомневаются, что можно в повседневной жизни отличить человека с психическим расстройством от здорового человека.

М., 20 лет: *«По моему мнению, категорию психически нездоровый человек можно разделить на два вида. Первая – это совершенно незаметный, спокойный, адекватный на людях человек, который понимает либо осознает и пытается как-то заглушить свои определенные психологические проблемы. Есть и вторая категория – это люди, которые уже достаточно явно проявляют свое психологическое заболевание, конечно не специально, а потому что не могут побороть его внутри себя»* (от ред. – здесь и далее цитаты приведены без изменений, в соответствии с оригинальными высказываниями респондентов).

Старшее поколение обращается к вербальному и невербальному поведению человека.

Ж., 63 года: *«Я присоединяюсь, что можно понять по одежде. Человек может быть одет не по погоде. Если зима, а он в летнем идет. И по разговору. У нас есть во дворе такая женщина, которая идет и сама с собой разговаривает, хохочет, поет. И одета не так, как надо».*

Мнения по этому поводу разделились. То, что одному человеку кажется странным для другого просто образ жизни.

М., 69 лет: *«Я полностью согласен. То есть если уже общаешься с человеком, то по поведению, по разговору можно определить. Насчет внешнего вида могу случай из жизни привести. Со мной работал человек, который ходил зимой на работу в рубашке с коротким рукавом. Он жил недалеко от проходной, а еще был спортсмен, закаленный. Пару раз полиция останавливала его. Потом ему это надоело, пришлось одеваться».*

Для людей среднего возраста эмоциональный фон при определении «нормальности» человека не имеет столь однозначного значения.

М., 41 год: *«Мне кажется, не всегда можно отличить психически больного человека от здорового. Пример яркий, наверное, все знают. Это Чикатило. Человек был на вид нормальный, много читал, вроде у него два высших образования было, работал на хорошей работе, занимал хорошую должность, но убил свыше 60 человек, только доказанных».*

Ж., 62 года: *«Скорее всего, неадекватное поведение, бормотание, разговоры с собой. Хотя сейчас некоторые в наушниках ходят, и непонятно, с кем они говорят. Движения, может, какие-нибудь. Ведёт себя не так, как обычные люди в обществе».*

М, 39 лет: *«В классе 30 человек, и всегда найдется два-три человека, которые сидят на последних партах и мешают всем. Вот они вроде здоровые люди, а почему себя так ведут? Что у них в голове стучит так сильно, что они мешают вести урок?».*

Дальше мы поинтересовались о мнении горожан, о существовании негативных стереотипов в обществе в отношении лиц с психическими расстройствами. Многие из них, независимо от возраста, говорят об отсутствии негативных стереотипов у взрослых, при этом отмечают жестокое отношение со стороны детей, причем не только к лицам с психическими расстройствами.

М., 31 год: *«Устоявшегося негативного отношения к психически больным я, честно говоря, не замечал. Единственно, где я это ярко наблюдал – у детей. Вот дети могут поиздеваться над душевнобольным. Взрослые так не делают, может, потому что внушает страх такой человек, он как-то рушит картину мира, выбивается из того паттерна поведения, к которому ты привык. И для тебя это неприятно. А у детей такого нет. У них есть какая-то жестокость. Они ведь могут издеваться над людьми и с другими недостатками тоже. Мне кажется, в нашем обществе есть даже положительное отношение к безумцам. Потому что безумие часто граничит с гениальностью, а гениальность – с безумием».* Мы уточнили у информанта об опыте общения с такими людьми. *«Я встречался с психически больным. У меня бабушка была душевнобольная, страдала шизофренией. По внешнему виду в принципе нормально выглядела. На самом деле было даже интересно послушать ее истории. Прямо фантастика. Просто записывай и можно фильмы снимать. По проводам какие-то человечки бегают, интересно...».*

Кроме того, в причинах возникновения негативного отношения к лицам с психическими расстройствами горожане винят и само наше общество, СМИ.

Ж., 29 лет: *«Мне кажется, специального распространения негативной характеристики нет. Но где я вижу много негатива – это когда происходит какое-то событие с участием психически нездорового человека. Комментаторы такой информации всегда доходят до радикальных высказываний. Такая реакция намекает в то же время, что комментаторы сами не совсем психически здоровы. Что меня радует – в этих комментариях всегда есть люди, которые находят произошедшему разумное объяснение».*

Старшее поколение акцентирует наше внимание на воспитательных и исторических аспектах.

Ж., 49 лет: *«Тоже согласна, что многое зависит от воспитания нашего общества. Не только в отношении к психическим больным, но и к инвалидам, алкоголикам и т. д. Мы ограждаем наших детей от этой стороны жизни. Вот идет какой-то ненормальный человек, и я, например, не хочу, чтобы мой сын как-то*

контактировал с ним. Ребенок у меня сильно переживает, если увидит что-то такое. Я ограждаю».

Ж., 61 год: «Это исторический момент. Всегда при дворах были дураки и дурочки, они роль шута играли, прислуживали. В деревнях смеялись над такими также. В газетах, в сериалах про убийства. В свое время была такая фраза – я дурак, и мне ничего не будет. Справка есть и все. Негатив из-за этого».

Еще Эмиль Дюркгейм пытался ответить на вопрос, как совместить индивидуальное освобождение человека и коллективную жизнь. Достигнув своих пределов, индивидуализм перестает удерживать людей вместе. В обществе возникает неограниченная конкуренция, напряженность и война. Замедление индивидуализации означает замедление прогресса. Современные люди все меньше участвуют в общественной жизни. Молодое поколение более остро ощущает на себе эти тенденции.

М., 20 лет: «Относительно давно идут две тенденции – это то, что общество ориентировано сейчас на личность, а не на группу. И все такие индивидуальные, все такие крутые. Психически больные теряются среди этих индивидуальных. Вторая тенденция – это развитие инклюзивной культуры. И в современном обществе негативно относятся к психически больным только тогда, когда они мелькают в новостях, когда что-то происходит, когда они что-то плохое сделали. Большинство из нас не видит серьезных психически больных, которые по диспансерам. Мы их не видим, поэтому мы и не знаем, какая их жизнь. Поэтому отношение общества в обычной повседневной жизни либо положительное, направленное на помощь таким людям, либо нейтральное. То есть им все равно».

Важным индикатором толерантного отношения к лицам с психическими расстройствами является готовность населения совместно проживать, учиться, работать и учить детей.

М., 20 лет: «Я не отношусь ко всем психически больным одинаково. Если они мне что-то плохое сделали, я отношусь к ним негативно. Для меня все люди относительно равны по тому, как к ним отношусь».

Старшее поколение готово продолжать общение с нездоровым другом, однако совместно работать они затрудняются.

М., 69 лет: «Если это мой знакомый, я с ним давно общаюсь, и тут выясняется, что у него диагноз, то, конечно, общаться не перестану, это однозначно. Насчёт работы, тут, конечно, вопрос сложный. Смотря, какая работа. Если опасная, то с отклонениями допускать нельзя. Я работал, знаю, как у нас эти медицинские комиссии проходят. Насчёт детей, внуков. Ну, опять же, надо знать, насколько человек

опасен или не опасен. А так, если просто человек со странностями, то почему бы нет».

Молодое поколение более категорично относится к совместному обучению своих детей с ребенком с психическим расстройством. Последний ассоциируется у них с агрессивными, жестокими и детьми, и взрослыми. При этом совсем недавно информанты отмечали жестокость детей по отношению к нездоровым людям.

Ж., 29 лет: «Если бы у меня были знакомые психически больные, и я бы об этом узнала, то возможно это бы не сильно повлияло на мое поведение. А вот с ребенком такого я бы не хотела. Мне иногда хочется, чтобы мой ребенок вообще не то что с психически не стабильными, а просто с жестокими людьми в садике находился, которые там издеваются над кем-то. Мне не хочется, чтобы в обществе были такие люди».

М., 21 год: «Если б я узнал, что кто-то психически больной, нужно смотреть по ситуации. Как он начал к тебе относиться, как продолжил после того, как ты узнал, как к тебе поменяется отношение. Если он продолжит так же с тобой нормально общаться, то, скорее всего, нужно так же и отвечать ему, а то, не дай Бог, попадешь к нему под горячую руку. Психически нездоровый все же. Если бы мой ребенок учился с таким больным – я не знаю. Наверное, я бы оберегал его от такого, не разрешил бы ему и близко в классе с таким находиться».

Люди же среднего возраста в большей степени обращают внимание на дискомфортное состояние, которое будут испытывать сами дети с психическим расстройством.

М., 36 лет: «Не знаю, хотел бы я жить на одной лестничной площадке с психически нездоровым человеком. А насчет детей в школе или в институте я не знаю, как для самих детей, которые здоровые. Но для него, он все равно же будет ощущать что-то с ним не в порядке, почему он не может того, что могут они. Поэтому я не знаю, скорее всего, ему самому будет неудобно учиться со здоровыми детьми».

Как мы выяснили ранее [6], 29,6 % лиц с психическими расстройствами при ухудшении состояния здоровья обращаются за помощью к священнослужителям, 17,1 % – к целителям, 7,1 % – к знакомым, а 6,3 % – «лечатся» самостоятельно. Мы поинтересовались у горожан, кто более эффективно может оказать помощь этой категории пациентов. Молодежь, не исключая профессиональных врачей, допускает общение лиц с психическими расстройствами и других «специалистов». Причем никто из них не задумался о возможном вреде, который может быть нанесен психическому состоянию больного человека.

Ж., 29 лет: «Одно дело – это психически больной человек, которому необходима помощь, а другое – человек, который грустный и ушедший в уныние. Вот ему, может быть, конечно, священник поможет и экстрасенс скажет там «я сниму с Вас все». Особенно это касается девушек, они могут сказать «вот меня никто замуж не берет», начинают депрессировать, пошла к экстрасенсу, он что-то сделал. Но у нее же не было психического расстройства. То есть если это все-таки психически больные люди, то экстрасенс это не вылечит. Другой вопрос – он может помочь, но это нельзя сказать, что он может помочь психически больному. Он поможет просто расстроенному».

М., 20 лет: «Я считаю, что лечат все. Все в плане – люди. Почему? Поддерживают людей, которые не излечимы в диспансерах профессионалы, а тем, которые излечимы, помогают профессионалы профессионально. Люди – неважно кто: религия, экстрасенсы, обычные друзья, потому что друзья тоже внушают, они поддерживают тебя, говорят «ты такой крутой, ты молодец» – это тоже внушение. И оно помогает. Я считаю то, что все это должно быть вместе. И поэтому лечат все».

Достаточно радикальное мнение мы получили от горожан среднего возраста.

Ж., 41 год: «В резервацию идиотов совсем можно отправлять».

Старшее поколение больше склонно обращаться за помощью к специалистам, допуская встречи со священником.

М., 69 лет: «Я считаю, должны заниматься специалисты – психотерапевты, если человек больной. Насчет священника, есть много случаев, когда помогает. Но человек должен быть верующим, тогда, да».

Ж., 62 года: «Я считаю, только специалисты должны. Никаких гадалок, экстрасенсов. Это может еще больше навредить человеку. А обращение к Богу – никто не сможет запретить ему, если все во благо больного, почему бы и нет».

Ж., 63 года: «Конечно, специалисты. Про веру 50/50, если люди верят, то тут медицина и религия должны быть вместе».

В заключение мы спросили, готовы ли сами информанты в случае необходимости обратиться к врачу-психиатру или психотерапевту и допускают ли они, что врач может поставить психиатрический диагноз здоровому человеку. Практически все молодые люди говорят о недоверии медицине и возможных врачебных ошибках. Также горожан беспокоят возможные последствия такого обращения.

Ж., 29 лет: «Может приписать, такие случаи могут быть. Я не опасюсь их. Если я вдруг решусь

пойти, то я понимаю, что никакого интереса для психиатров и психологов не представляю, я считаю, что могут и ошибочно диагноз поставить. Потому что в целом недоверие к врачам сейчас, к медицине. Они могут что угодно поставить, не из каких-то корыстных целей, а просто потому, что они не компетентны. У меня сейчас к врачам полное недоверие как к специалистам. Я не обращаюсь к ним».

Ж., 21 год: «Прежде всего, я изучу, что это за специалист, можно ли ему доверять. Сейчас век цифровой, можно изучить отзывы о специалисте, поговорить с кем-то из знакомых. Лично я спокойно обратилась бы к психологу, если мне это действительно необходимо. Мне кажется, что в данном случае необходимо послушать мнение не одного только специалиста, а нескольких, чтобы прийти к какому-то определенному решению. То есть, может быть, это субъективная позиция какого-то специалиста, что он считает, что у меня какие-то отклонения, хотя на самом деле я здорова. В таком случае я не поверю в это с первого раза, для меня должно быть утверждение независимых экспертов. Я обращаюсь к другому специалисту, не говоря о том, что мне там выписали такой-то диагноз. Я буду слушать альтернативное мнение».

М., 31 год: «Если я буду знать, что это для меня потом аукнется, попадешь в психоневрологический диспансер, засветишься, и потом тебе это принесет неудобства. Наверное, буду оценивать, насколько сильно мне нужна помощь».

Мы встретили горожан, не готовых обратиться в психиатрическую службу.

М., 36 лет: «Я бы не пошел сам ни к психиатру, ни к психологу. Знакомые бы тоже не пошли. Девчонки возможно, парни так точно. Женщины любят в себе покопаться. Не пошли бы, потому что каждый считает, что он нормальный».

М., 37 лет: «Я бы не пошел. Стереотип. Зачем мне психолог, я сам все решу. Женщинам надо высказаться. У меня девушка недавно ходила к психологу, якобы в жизни у нее все не очень хорошо пошло, учеба навалилась, работа навалилась, я навалился. По сути, психолог ей сказал то же самое, что и я говорил ей, но другим языком. Нужен ли психолог – не знаю. Но ей стало лучше. Она ходила к нумерологу. Ей там посчитали. Причем мнения психолога и нумеролога расходятся. «И кому ты будешь верить?» Если люди знают, что у них что-то не в порядке и им нужно лечиться, то, наверное, да, нужно идти к психиатру и лечиться. Иначе они будут опасны потом».

Мнение лиц среднего возраста также разделились.

Ж., 42 года: «Я считаю, что всем нам надо, даже обычным, ходить иногда проверяться. Например, в этой же Америке нормально ходить к психологам-консультантам, они все рассказывают, и они свое ментальное психоэмоциональное здоровье поддерживают. Для них нет такого – “ты что псих?””. А у нас люди думают, пойти к психологу даже – это “я что, ненормальный?””, “А мне пойти или не пойти? А если узнают, а что на работе скажу и т.д.”. У нас нет тенденции и культуры. Люди боятся обращаться».

Ж., 59 лет: «В Америке все распиарено, это маркетинг. Они занимаются болтологией. В России не так распиарено, но вот большие помогают, лучше. Но не все знают об этой психологической помощи».

Кроме того, информанты выразили свое мнение в отношении бесплатного и платного секторов медицинского обслуживания. Мнения и здесь разделились.

Ж., 21 год: «Если это бесплатные услуги, то, как правило, это большое количество и ухудшается качество услуг. Потому что, как правило, у тех, у кого нет денег – они обращаются в бесплатные, доступные учреждения, и этим самым идет больший поток. Здесь переплатив деньги, я буду точно понимать, что рассматривают конкретно мой случай и относятся ответственно».

Ж., 20 лет: «В любом случае, если я замечу, то я обращаюсь обязательно к врачу. Последние 5 лет хожу только к платным врачам. Поэтому, в любом случае, это будет специалист, с которым я ознакомлюсь, по отзывам. Будет платный специалист. Я не побоюсь. Я все равно обращаюсь. Это мне надо, для моего здоровья. Я доверю специалисту».

Однако есть и противоположное мнение.

М., 24 года: «Бесплатный врач не заинтересован в том, чтобы ты к нему пришел еще раз. Если это качественный, нормальный врач, то он тебя будет стараться вылечить как можно быстрее и лучше, чтобы ты к нему потом еще раз не пришел. Если ты обращаешься в платную медицину, то у них есть, я не говорю, что все врачи, есть риск того, что врач может быть финансово заинтересован в том, чтобы ты к нему приходил как можно больше. Если произошла какая-то, допустим, разовая травма, которую нужно проработать, и ты знаешь, что можно пойти к психологу, то ты изучаешь отзывы, чтобы точно понимать, что тебе не напишут неприятный диагноз. Если не исключается вариант, что проблема должна быть решена именно психиатром, который разбирается в том, что у тебя не только в голове, но и в организме происходит, допустим, хроническая апатия и хроническая депрессия. Они могут быть вызваны не только тем, что тебя в детстве

травмировали, но и тем, что у тебя щитовидная железа неправильно работает. Про тех врачей, к которым хожу я, либо что-то знают знакомые, либо родители. Я заранее знаю, какой врач вредный или добрый. Могут ли поставить ложный диагноз? Один врач, допустим, по жизни хороший, а сегодня у него настроение плохое. То есть, например, в том же психоневрологическом диспансере мне пытались поставить диагноз, который в действительности соответствовал не то, чтобы до конца, он был диаметрально противоположен. Приходилось им доказывать, выбирать меньшее из зол, доказывать, что я просто психически здоров. Наверное, может, но нужно читать отзывы тогда».

Закключение. Подводя итоги проведенной фокус-групповой дискуссии, можно сделать следующие выводы. Прежде всего, следует обратить внимание на тот факт, что наиболее существенный вклад в формирование отношения общества к психическим расстройствам, врачам-психиатрам и психиатрической помощи вносят такие явления, распространенные в нашем обществе, как негативное освещение изучаемой темы в СМИ, индивидуализм, страх разрушить привычный и понятный образ жизни. В отличие от старшего поколения, для молодежи (18–35 лет) более характерна терпимость и безразличие, что соответствует пассивной форме толерантности (толерантности типа «Б» по классификации А.В. Петровского) [7, 8].

Основная причина негативного отношения общества к психическим расстройствам, врачам-психиатрам и психиатрии заключается в низком уровне доверия врачу, следствием чего является частичное или даже полное невыполнение психиатрическими пациентами врачебных назначений. Молодежь в случае необходимости готова обратиться в частный сектор здравоохранения к нескольким врачам одновременно для уточнения диагноза.

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. Исследование проводилось в рамках проекта исследования причин стигматизации лиц с ментальными нарушениями (на примере г. Череповца) – победителя конкурса социально значимых проектов «СОНКО и регионы: развиваем вместе». Реализуется при поддержке ЯрГУ им. П.Г. Демидова в рамках Программы стратегиче-

ского академического лидерства «Приоритет 2030» и при поддержке АНО «Синяя птица».

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

Additional information

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 study was conducted within the framework of the project Research on the causes of stigmatization of persons with mental disabilities (on the example of Cherepovets) – the winner of the contest of socially significant projects “SONKO and the regions: developing together”. It is implemented with the support of the P.G. Demidov YarSU within the framework of the Strategic Academic Leadership Program “Priority 2030” and with the support of the АНО “Blue Bird”.

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

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Доника А.Д. Информационные экосистемы как паттерны современной медицины: монография. Тамбов, 2022.
2. Еремина М.В., Доника А.Д. Влияние пандемии COVID-19 на социальную интеракцию врача и пациента // Вестник Биомедицина и социология. 2022. № 7 (2). С. 3–8.
3. Доника А.Д. Этика искусственного интеллекта: социологический подход // Биоэтика. 2023. Т. 16. № 2. С. 26–31. doi: 10.19163/2070-1586-2023-16-2-26-31.
4. Стресс – и как с ним бороться? // Сайт ВЦИОМ, Москва. 25 июля 2022 г. URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/stress-i-kak-s-nim-borotsja>.

5. Управление стрессом // Сайт ВЦИОМ. Москва. 15 апреля 2024 г. URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/upravlenie-stressom>.

6. Светличная Т.Г., Смирнова Е.А. Сравнительная характеристика поведенческих паттернов потребителей психиатрических услуг // Вестник ВолгГМУ. 2014. № 2(50). С. 89–93.

7. Петровский А.В. Психология развивающейся личности. М.: Педагогика, 1987. 238 с.

8. Трофимов Д.В. Социальные сети как технологии имиджевой политики образовательной организации // Primo Aspectu. 2023. № 1 (53). С. 29–34.

REFERENCES

1. Donika A.D. Information ecosystems as patterns of modern medicine: monograph. Tambov, 2022. (in Rus.).
2. Eremina M.V., Donika A.D. Impact of the COVID-19 pandemic on the social interaction of doctor and patient. *Vestnik Biomeditsina i sotsiologiya = Bulletin of Biomedicine and Sociology*. 2022;7(2):3–8. (in Rus.).
3. Donika A.D. Ethics of artificial intelligence: a sociological approach. *Bioetika = Bioethics*. 2023;16(2):26–31. (in Rus.) doi: 10.19163/2070-1586-2023-16-2-26-31.
4. Stress – and how to deal with it? *VTsIOM website*. MOSCOW, July 25, 2022. (in Rus.) URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/stress-i-kak-s-nim-borotsja>.
5. Stress management. *VTsIOM website*. Moscow. April 15, 2024. (in Rus.) URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/upravlenie-stressom>.
6. Svetlichnaya T.G., Smirnova E.A. Comparative characteristics of behavioral patterns of consumers of psychiatric services. *Vestnik Volgogradskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta = Journal of Volgograd State Medical University*. 2014;2(50):89–93. (in Rus.).
7. Petrovsky A.V. Psychology of the developing personality. Moscow; Pedagogy, 1987. 238 p. (in Rus.).
8. Trofimov D.V. Social networks as technologies of image policy of an educational organization. *Primo Aspectu*. 2023;1(53):29–34. (in Rus.).

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>, ID:533663, E-mail: statiana64@yandex.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>, ID:841580, E-mail: smirnova56@yandex.ru ✉

Information about authors

T.G. Svetlichnaya – Doctor of Medical Sciences, Professor, Professor of the Department of Public Health, Public Health and Social Work, Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia; ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6563-9604>, ID:533663, E-mail: statiana64@yandex.ru

E.A. Smirnova – Candidate of Sociological Sciences, Associate Professor of the Department of Sociology and Social Technologies, Cherepovets State University, Cherepovets, Russia; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9383-0649>, ID:841580, E-mail: smirnova56@yandex.ru ✉

Этико-правовые проблемы организации психологической помощи в России

Ольга Николаевна Потапова

Московский международный университет, Москва, Россия

Аннотация. Состояние психологического здоровья населения требует незамедлительного решения этических, правовых и социально-медицинских проблем в плане организации психологической помощи в России. Сохранение и укрепление психологического здоровья населения является приоритетной задачей современной государственной политики, что подтверждается многими правительственными законодательными актами, содержащими подобную информацию. Здоровье населения в данных социально-экономических и политических условиях отличается крайней нестабильностью, ростом числа психопатий, суицидального и девиантного поведения, особенно среди молодежи. Постковидное социальное пространство характеризуется увеличением депрессивных состояний, тревожных расстройств, связанных с длительной изоляцией населения. Это усугубляется рядом социальных и военно-политических факторов, вызывающих постоянное стрессирование населения вплоть до откровенной паники и фобий, толкнувших значительную часть населения на принятие опрометчивых решений вплоть до выезда из страны и суицидальных попыток. Однако при грамотно организованной и качественно проведенной психологической помощи массового оттока населения на фоне паники вполне возможно было бы избежать. В связи с этим проблема создания единого правительственного закона об организации психологической помощи в России является наиболее актуальной. Подобные законы были приняты, но они отличались разрозненностью и недоработками в плане профессионального образования и подготовки специалистов-психологов.

В данной статье рассматриваются пути решения этических и правовых проблем, связанных с созданием единого федерального закона о психологической помощи населению и разработке профессионального стандарта для подготовки специалистов-психологов с учетом этических, правовых, образовательных и личностных качеств, с четким описанием прав и обязанностей практикующих психологов. Автором также рассматривается необходимость и возможность введения должности штатного психолога в каждом образовательном, ведомственном учреждении, в офисе, на предприятии, в медицинских и социальных учреждениях, включая женские консультации и хосписы. Особое внимание следует уделить совершенствованию Уголовного кодекса в части положений, регламентирующих безопасную психологическую помощь и предусматривающих уголовное наказание за нанесение ущерба психологическому здоровью пациента при использовании профессиональных знаний в корыстных целях, а также при привлечении людей, нуждающихся в психологической помощи, в секты под видом групповой психотерапии. Предполагается обязательная сертификация и регистрация практикующих психологов, введение сертификационного лицензирования психологов.

Ключевые слова: психологическое здоровье, психологическая помощь, этические проблемы, единый профессиональный стандарт, сертификационное лицензирование

Статья поступила 10.07.2024; принята к публикации 22.08.2024; опубликована 20.11.2024.

Review

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2024-17-2-48-53>

Ethical and legal problems of organization of psychological help in Russia

Olga N. Potapova

Moscow International University, Moscow, Russia

Abstract. The state of psychological health of the population requires immediate solution of ethical, legal and socio-medical problems in terms of organization of psychological assistance in Russia. Preservation and strengthening of psychological health of the population is a top-priority task of modern public policy, it is confirmed by governmental legislation containing such information. Population health in these socio-economic and political conditions is characterized by extreme instability, growth of psychopathies, suicidal and deviant behavior, especially among young people. Postcovid social space is characterized by an increase in depressive states, anxiety disorders associated with prolonged isolation of the population. This is aggravated by a number of social and military-political factors that cause constant stressing of the population up to outright panic and phobias, which pushed a significant part of the population to make rash decisions up to leaving the country and suicide attempts.

However, with competently organized and qualitatively conducted psychological assistance it would be quite possible to stop the mass exodus of the population on the background of panic. In this regard, the problem of creating a single governmental law on the organization of psychological help in Russia is the most urgent. Such laws were adopted at the regional level only in Moscow and St. Petersburg, but they were characterized by fragmentation and deficiencies in terms of professional education and training of psychologists. The article considers ways of solving ethical and legal problems related to the creation of a unified federal law on psychological assistance to the population and the development of a professional standard for the training of psychologists, taking into account ethical, legal, educational and personal qualities, with a clear description of the rights and responsibilities of practicing psychologists. The author also considers the necessity and possibility of introducing the position of a staff psychologist in every educational, departmental institution, office, companies, medical and social institutions, including antenatal clinics and hospices.

Special attention should be paid to improving the Criminal Code in terms of provisions regulating safe psychological assistance and providing for criminal punishment for damage to the psychological health of the patient when professional knowledge is used for selfish purposes, as well as when people in need of psychological help are attracted to sects under the guise of group psychotherapy. It is also supposed to mandatory certification and registration of practicing psychologists, introduction of certification licensing of psychologists.

Keywords: psychological health, psychological help, ethical problems, unified professional standard, certification licensing

Submitted 10.07.2024; accepted 22.08.2024, published 20.11.2024.

Психологическое здоровье населения, характеризующееся душевным равновесием и комфортом, стабильной внутриличностной гармонией и позитивным социальным настроением, является главным достоянием общества, нацеленного на благополучие и развитие народа и страны в целом.

На современном этапе в период новых социальных-экономических и геополитических преобразований психологическое здоровье населения значительно ухудшилось. В настоящее время 792 млн человек (10,7 %) от всего населения планеты страдает различными психическими и ментальными расстройствами. В России, по данным Минздрава, количество людей с психическими расстройствами составляет 5,6 млн человек. Из них расстройствами непсихотического характера страдает 2 920 000 человек. Согласно данным Института показателей и оценки здоровья, численность таких людей составляет в России 17 467 400 человек. Из них депрессивными расстройствами страдает 5 453 800 человек, тревожными расстройствами – 4 999 400 человек, синдромом дефицита внимания и гиперактивности – 1 208 400 человек, биполярным расстройством – 853 000 человек, идиопатической умственной отсталостью в развитии – 594 400 человек, расстройствами аутистического спектра – 541 000 человек, шизофренией – 498 100 человек, расстройствами пищевого поведения – 200 600 человек, другими психическими расстройствами – 2 540 400 человек (URL; <https://rosstat.gov.ru>). Статистический анализ показывает, что большая часть – это пациенты, нуждающиеся в психологической помощи [1, 2]. Чаще всего в помощи психолога нуждаются психически здоровые люди, находящиеся в тяжелой жизненной ситуации. В квалифицированной психологической помощи нуждаются также люди с отклонениями психологического здоровья, которые могут привести

к суициду, агрессии, девиантному и антисоциальному поведению.

Нынешняя обстановка в стране характеризуется напряженностью, обилием стрессорных факторов, которые, в дополнение к постковидным депрессиям, могут приводить к росту числа психозов, тревожных состояний, фобий у населения. Чаще всего такими заболеваниями страдает молодежь – главный трудовой, научный, репродуктивный и военный потенциал страны. Гораздо чаще стали встречаться проявления девиантного поведения среди молодежи в виде неадекватных мыслей и эмоций, вербальной и физической агрессии по отношению к окружающим. Между тем это может быть первым проявлением психических заболеваний, аффективных расстройств и расстройств аутистического спектра, алкогольных и токсических психозов, которые возможно предотвратить при своевременно оказанной качественной психологической помощи. Так, по данным Росстата, количество обращений за психологической помощью в период с 2019 по 2020 г. возросло на 89 %. В связи с этим необычайно актуальной проблемой является организация психологической помощи на государственном уровне [2].

Для более полного понимания проблемы необходимо дифференцировать понятия психического и психологического здоровья, так как психологическая помощь не рассматривается как обеспечение психического здоровья [3]. Психическое здоровье – это состояние духовного благополучия, когда человек способен полностью реализовать свои способности, самостоятельно справляться со стрессами, сознательно и продуктивно трудиться и вносить свой вклад в развитие общества. Психическое здоровье включает в себя состояние полного эмоционального, социального и психологического здоровья. Состояние психического здоровья определяют врачи-психиатры.

Психологическое здоровье касается личностных качеств человека и характеризуется высоким уровнем личностного здоровья, пониманием собственной значимости, цели и смысла жизни, способностью к саморегуляции, самосохранению и сбережению собственного здоровья.

Психологическая помощь заключается в сохранении психологического здоровья, достижении личностного комфорта человека, а также в диагностике психических заболеваний с целью срочного направления к врачу психиатру, если таковые имеются.

Особое значение при разработке единого федерального закона по оказанию психологической помощи следует уделить профессиональной подготовке психологов. Важную роль при этом играет предварительный отбор абитуриентов, желающих обучаться по направлению «Психология». Ранее психологическое консультирование и психотерапия осуществлялись только специально подготовленными врачами-психиатрами. Согласно Постановлению правительства Российской Федерации от 01.06.2021 года № 852, редакция от 20.03.2024 «О лицензировании медицинской деятельности» лицензирование стало обязательным. В связи с этим в последнее время отмечается тенденция к увеличению количества психологов без медицинского образования, которые работают в области психотерапии. При этом ответственность за эффективность проводимых мероприятий возрастает, как и требование к профессиональным качествам психологов. Психологу-консультанту необходимо уметь игнорировать собственные проблемы и внимательно вникать в проблемы пациента. При этом полностью должны быть исключены агрессия или негативные эмоции у психолога. Наиболее важными качествами для психолога, как и для врача, являются уравновешенность и беспристрастность в сочетании с полным принятием клиента и эмпатией [4, 5].

С целью исследования личностных качеств будущих психологов автором было проведено пилотное исследование студентов первого курса ММУ, обучающихся по направлению «Психология». Для экспресс-диагностики использовались проективные методики (рисуночная методика М.З. Друкаревич). Данные методики отличаются направленностью на выявление неосознаваемых, скрытых особенностей личности. Они не являются стандартизированными, однако играют неопределимую роль в исследовании личностных качеств студентов.

В исследовании приняли участие 85 студентов. Оценка личностных качеств проводилась по следующим критериям: самооценка, эмпатия, агрессия, депрессия. Анализ результатов показал, что адекватная

и завышенная самооценка наблюдалась у 79 % студентов, эмпатийные способности – у 76 %, отсутствие эмпатии – у 23,6 %. Наличие депрессии отмечалось у 56,3 % студентов, отсутствие депрессии – у 44,7 %. Выраженная агрессия наблюдалась у 20 % студентов, защитная агрессия – у 49,4 %, отсутствие агрессии – у 30,6 %, то есть агрессия у студентов-психологов либо отсутствовала, либо проявлялась как защитная реакция в большинстве случаев – 80 %. При этом студенты в основном обладали высокой степенью эмпатии – 76,4 %, редко подвержены были депрессии – 78,8 %, обладали адекватной самооценкой – 79 % случаев. В результате проведенного исследования было выявлено также, что 20 % студентов обладали тенденцией к агрессии, а 55,3 % студентов склонны к депрессии. Поскольку выявленные эмоциональные качества психологов не соответствовали профессиональным требованиям, им была рекомендована консультация психолога, релаксирующие занятия с психологом и аутотренинг [3].

В связи с этим при разработке единого профессионального стандарта Российской Федерации для лицензирования психологов следует учитывать положение об обязательном профессиональном отборе на обучение по специальности «Психология».

Анализ современных нормативно-правовых актов показал, что существуют документы, лишь косвенно регламентирующие права российских граждан на обеспечение психологического здоровья и психологической помощи. Например, статья 41 Конституции Российской Федерации гарантирует права граждан на охрану и укрепление здоровья. При этом отсутствует положение о праве граждан на получение квалифицированной психологической помощи [6].

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» гарантирует право граждан на сохранение и укрепление здоровья. Но в основном это касается обеспечения психического здоровья, а об обеспечении психологической помощи населению конкретных упоминаний нет [6].

Статья 36 Федерального Закона предусматривает возможность оказания мер психологической поддержки, духовной помощи в амбулаторных условиях, то есть при поликлиниках. Однако не в каждой поликлинике имеется штатный психолог.

Статья 40 Федерального Закона рассматривает гарантию мероприятий по медицинской реабилитации граждан с психологической помощью семье.

Статья 51 Федерального Закона регламентирует право на получение консультации по медико-психологическим аспектам семейно-брачных отно-

шений. Все эти статьи лишь косвенно гарантируют психологическую помощь гражданам. Наиболее эффективной мерой, гарантирующей психологическую помощь в экстренном случае, является организация телефона «горячей линии» согласно приказу МЧС России от 20.09.2011 и создание службы «Телефон доверия» [6].

Отсутствие единого Федерального закона о психологической помощи в Российской Федерации повлекло за собой внедрение подобных законов в различных субъектах Российской Федерации. В Москве, в частности, закон был принят 7 октября 2009 года, № 43 «О психологической помощи населению в городе Москве». Но и эти законы не учитывают всех нюансов психологической помощи. Отсутствуют и конкретные разграничения между сферами деятельности психологов различной специализации: педагогов-психологов, психологов-консультантов, клинических психологов, что имеет важное значение при оказании профильных услуг пациентам [6].

Кроме того, отсутствуют границы между правами и обязанностями психиатров и психологов. Возможно, следует распределить сферы компетенции по нозологическим формам и по правомерности применения некоторых лечебных методик и техник психологами во избежание нанесения вреда психическому здоровью пациента в результате некомпетентности психолога.

Следует заметить, что попытки создания единого Федерального Закона предпринимались неоднократно. Так, в 2014 г. депутатом Государственной Думы Л.И. Шевцовой был предложен проект Федерального Закона «О психологической помощи населению в Российской Федерации». Проект был отклонен. В декабре 2020 г. проект был доработан, в нем были определены понятия психологической помощи, ее виды, рассмотрены права и обязанности практикующего психолога и, главное, определены права пациента на оказание психологической помощи. Однако, несмотря на многочисленные попытки и представленные проекты, Федеральный Закон так и не был принят.

Анализ современной нормативно-правовой базы показал, что правовые аспекты оказания психологической помощи не доработаны, а сами законы не систематизированы и разрознены. Между тем, каждый гражданин Российской Федерации может находиться в сложной жизненной ситуации и имеет полное гарантированное государством право на оказание квалифицированной психологической помощи.

В отличие от других стран психологическая помощь в России недостаточно популярна среди населения. Это может быть связано с недоверием и насторо-

женностью по отношению к лицам, оказывающим подобные услуги. В настоящее время психологическую помощь предлагают абсолютно некомпетентные люди, не имеющие не только профильного образования, но и любого образования вообще. При этом предлагаются платные услуги в онлайн-формате. Подтверждением тому могут служить нарративные интервью с практикующими психологами.

Интервью с практикующим психологом Ф. Базовое образование – экономическое. Стаж работы психологом-консультантом – 3 года:

«... Мы с пациенткой N прошли долгий путь процесса родов. Вместе прошли по родовым путям, пережили все трудности вплоть до момента родов...».

«... В состоянии транса ввожу сразу, как только пациент заходит в кабинет, и говорю: "А вы уже в трансе". Свои услуги я оцениваю недорого: введение в транс индивидуальным методом стоит 15000 рублей, групповым – 3000 рублей...».

Интервью с практикующим психологом Н. Базовое образование – профильное, психологическое. Стаж работы – 4 года.

«... Во время прохождения стажировки был поражен тем, что квалифицированные психологи, владеющие техникой суггестии, откровенно навязывают выгодные для них установки пациентам с корыстными целями. При этом они не нарушают договоры, имеют лицензию, профильное образование и достаточно хорошо известны в научных кругах...».

Оказание такого рода психологической помощи, основанной исключительно на извлечении финансовой выгоды от пациента, может нанести непоправимый вред больному.

Интервью с врачом-психиатром, клиническим психологом П. Стаж работы – 18 лет.

«... Очень часто к нам поступают больные в крайне тяжелом состоянии. Это больные после неадекватной психотерапии, проведенной неквалифицированным психологом. Состояние бывает настолько тяжелым, что мы не можем вывести больного даже с помощью сильнодействующего медикаментозного лечения...»

Для решения сложившихся проблем необходимо создать единый государственный профессиональный стандарт лицензирования психологов в Российской Федерации, регламентирующий права и обязанности лиц, оказывающих психологическую помощь. В современном законодательстве наблюдаются явные пробелы в данном направлении. Следует также четко разграничить сферы деятельности и полномочия психологов и врачей-психиатров. Осуществление всех видов психотерапии должно быть исключительно в компе-

тенции врачей-психиатров, как более подготовленных специалистов в этой области. При этом необходимо сохранить преемственность между системой психологической помощи и психиатрической службой.

Таким образом, современная социально-экономическая и военно-политическая обстановка в стране определила острую необходимость создания единой государственной службы психологической помощи населению. С целью создания государственной службы психологической помощи следует разработать и утвердить Федеральный Закон об осуществлении психологической помощи в Российской Федерации с четким определением прав и обязанностей практикующих психологов и их пациентов и конкретным разграничением сферы деятельности психологов и врачей-психиатров, сохраняя при этом преемственность психологической помощи и психиатрической службы, определяя круг задач психолога, в который входит не только оказание помощи психически здоровым людям, попавшим в тяжелую жизненную ситуацию, но и выявление больных с психическими заболеваниями с целью немедленного направления их к психиатру во избежание суицидов, аффективных и психопатических выпадов, приступов ярости и социальной агрессии.

Допуск к профессиональной психологической практике необходимо обеспечить только специалистам с высшим профильным психологическим или медицинским образованием (специалитет, бакалавриат, магистратура).

Внедрение предварительного профессионального отбора будущих студентов психологов с прохождением практики в волонтерских организациях, хосписах, реабилитационных центрах, домах ребенка и домах престарелых могло бы способствовать формированию эмпатии и милосердию.

Особое внимание следует уделить совершенствованию положений, регламентирующих безопасную психологическую помощь и предусматривающих уголовное наказание за нанесение ущерба психическому и психологическому здоровью пациента при использовании профессиональных знаний в корыстных целях, а также при привлечении людей, нуждающихся в психологической помощи, в секты под видом групповой психотерапии. Рекомендуется обязательная сертификация психологов каждые 5 лет и регистрация их в Едином реестре профессиональных психологов, а также внедрение ежемесячных супервизий в центрах психологической помощи.

Создание единого стандарта Российской Федерации по лицензированию психологов могло бы способствовать конкретизации их прав и обязанностей и определению требований к профессиональной дея-

тельности, а введение системы сертификационного лицензирования психологов с последующей сдачей экзамена способствовало бы повышению качества психологической помощи населению.

В свою очередь, следует разработать определенные положения в Уголовном кодексе, предусматривающие уголовное наказание за нанесение ущерба здоровью пациента при оказании психологической помощи.

Особое внимание следует уделить разработке и внедрению законодательного утвержденного кодекса чести профессионального психолога, включающего в себя присягу, аналогично клятве Гиппократ у врачей.

В целом, Федеральный закон Российской Федерации должен утвердить обязательное наличие штатного психолога в любом образовательном, медицинском (включая женские консультации и хосписы), ведомственном учреждении, в офисах, банках, на предприятиях, и других подразделениях.

С целью воспитания стрессоустойчивости и умения управлять своими эмоциями и поведением, формирования ответственного родительства и способности разрешать конфликтные ситуации, развития здраво- и самосохранительного поведения следует уже в школе внедрять такие дисциплины, как «Психология здоровья», «Семьеведение», «Конфликтология» с дальнейшим изучением их в колледже и вузе.

Дополнительная информация

Вклад автора. Автор подтверждает 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. 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

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. Потапова О.Н. Ментальное здоровье населения современной России // Проблемы научной мысли. 2024. Т. 3. № 2. С. 75–79.
2. Здравоохранение в России: российский статистический сборник, М.: Росстат, 2021. 220 с.
3. Калашникова А.А. Психология в медицинской практике // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2018. Т. 8. № 1. С. 30–31.
4. Седова Н.Н., Сергеева Н.В. Биоэтика в пространстве культуры: монография. М.: Триумф, 2010. 128 с.
5. Доника А.Д. Проблема формирования этических регуляторов в профессиональной деятельности врача // Биоэтика. 2015. № 1 (15). С. 58–60.
6. Исмаилова Ю.В. Современное состояние законодательства в сфере оказания населению психологической помощи // Российское право: образование, практика, наука. 2022. № 1. С. 51–58.

REFERENCES

1. Potapova O.N. Mental health of the population of modern Russia. *Problemy nauchnoi mysli = Problems of scientific thought*. 2024;2(3):75–79. (in Rus.).
2. Healthcare in Russia: Russian Statistical Compendium. Moscow; Rosstat, 2021. 220 p. (in Rus.).
3. Kalashnikova A.A. Psychology in Medical Practice. *Byulleten' meditsinskikh internet-konferentsii = Bulletin of Medical Internet Conferences*. 2018;8(1):30–31. (in Rus.).
4. Sedova N.N., Sergeeva N.B. Bioethics in the space of culture: monograph. Moscow; Triumph. 2010. 128 p. (in Rus.).
5. Donika A.D. The problem of formation of ethical regulators in the professional activity of the doctor. *Bioetika = Bioethics*. 2015;1(15):58–60. (in Rus.).
6. Ismailova Yu.B. The current state of legislation in the field of providing psychological assistance to the population. *Rossiiskoe pravo: obrazovanie, praktika, nauka = Russian law: education, Practices, Science*. 2022;1:51–58. (in Rus.).

Информация об авторе

О.Н. Потапова – доктор социологических наук, доцент, профессор кафедры психологии, Московский международный университет, Москва, Россия; ORCID: <http://orcid.org/0009-0009-8926-4101>, E-mail: onpot61@mail.ru

Author information

O.N. Potapova – Doctor of Sociology, Associate Professor, Professor of the Department of Psychology, Moscow International University, Moscow, Russia; ORCID: <http://orcid.org/0009-0009-8926-4101>, E-mail: onpot61@mail.ru

Размышления об аксиологической парадигме медицинского образования

Елена Александровна Ткаченко^{1✉}, Анна Андреевна Литвиненко²

¹Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

²Российский государственный социальный университет, Москва, Россия

Аннотация. 23–25 сентября 2024 г. в Москве состоялся XII Международный интердисциплинарный научно-практический симпозиум «Человек и (со)общества в контексте здоровьесбережения: проблемы медицинской антропологии в прошлом, настоящем, вызовах будущего». Симпозиум был организован Ассоциацией медицинских антропологов (АМА) и Институтом этнологии и антропологии им. Н.Н. Миклухо-Маклая (ИЭА) РАН. Это традиционное мероприятие на этот раз собрало огромную аудиторию, что не удивительно, ведь речь шла о высших ценностях – здоровье и жизни. Проблематика выступлений и дискуссий отражена в названиях секций и круглых столов, например: «Здоровьесбережение в прошлом и настоящем», «Здравоохранение в контекстах здоровьесбережения современных сообществ», «Медицинская антропология как интердисциплинарное научное направление: проблемы взаимодействия и методы исследования», «Репродуктивные модели и практики в контексте мультикультурных обществ», «Медицинская антропология – медицинская психология: проблемы и исследования в интердисциплинарном поле», «Актуальность подходов Аюрведы в современном здоровьесбережении и здравоохранении», «Медицинские аспекты биологической антропологии», «Психическое здоровье в социокультурном контексте», «Современное здравоохранение и доверие пациента: новые биоэтические вызовы», «Биофабрикация органов и тканей человека».

Наибольший интерес вызвало заключительное пленарное заседание, тема которого звучала так: «Медицинская антропология: проблемы формирования профессии, развития научного направления, преподавания образовательной дисциплины, а также профессиональной (пере)подготовки специалистов медицинских и помогающих профессий». В этом контексте обсуждалась проблема взаимосвязи медицинской антропологии и биоэтики в высшем образовании. В данной статье мы высказываем свое мнение по данному вопросу.

Ключевые слова: медицинская антропология, биоэтика, здоровье, ценностные ориентации, аксиология, высшее медицинское образование

Статья поступила 24.04.2024; принята к публикации 26.06.2024; опубликована 20.11.2024.

Original article

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2024-17-2-54-57>

Reflections on the axiological paradigm of medical education

Elena A. Tkachenko^{1✉}, Anna A. Litvinenko²

¹Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

²Russian State Social University, Moscow, Russia

Abstract. On September 23–25, 2024, the XII International Interdisciplinary Scientific and Practical Symposium “Man and (co) societies in the context of health care: problems of medical anthropology in the past, present, and challenges of the future” was held in Moscow. The symposium was organized by the Association of Medical Anthropologists (AMA) and the Miklukho-Maklay Institute of Ethnology and Anthropology (IEA) of the Russian Academy of Sciences. This traditional event gathered a huge audience this time, which is not surprising, because it was about the highest values – health and life. The issues of presentations and discussions are reflected in the names of sections and Round tables, for example: “Health care in the past and present”, “Healthcare in the context of health care in modern communities”, “Medical anthropology as an interdisciplinary scientific field: problems of interaction and research methods”, “Reproductive models and practices in the context of multicultural societies” “Medical Anthropology – medical psychology: problems and research in an interdisciplinary field”, “Relevance of Ayurveda approaches in modern health care and healthcare”, “Medical aspects of biological anthropology”, “Mental health in a sociocultural context”, “Modern healthcare and patient trust: new bioethical challenges”, “Biofacturing of human organs and tissues”.

The final plenary session was of the greatest interest, the topic of which was: “Medical anthropology: problems of profession formation, development of scientific direction, teaching of educational discipline, as well as professional (re)training of specialists in med-

ical and assisting professions". In this context, the problem of the relationship between medical anthropology and bioethics in higher education was discussed. In this article, we express our opinion on this issue.

Keywords: medical anthropology, bioethics, health, value orientations, axiology, higher medical education

Submitted 24.04.2024; accepted 26.06.2024, published 20.11.2024.

Медицинское образование обычно трактуется как приобретение профессии, смыслом которой является сохранение и восстановление здоровья. Целевая установка – овладение умениями и навыками в этой области. Но отличительной особенностью профессии медика является превращение профессиональных знаний в добро, то есть системообразующим фактором выступает ценностная ориентация в профессии.

В последние годы произошли изменения как в структуре ценностей вообще, так и в контенте медицинского знания, приобретаемого студентами. Представляется логичным предположение о том, что два фактора обнаружили четко необходимость целенаправленной работы по гуманизации медицинского знания и применения этически обоснованных научных достижений на практике: **цифровизация медицины и пандемия COVID-19** [1].

Изменение аксиологической парадигмы медицины «человек – человек» на парадигму «человек – компьютер – человек» требует обновления гуманитарных курсов и расширения образовательного поля в области биоэтики и медицинской антропологии [2]. Здесь нужно отметить, что объектная ориентация гуманитарного образования в медицине в целом будет эффективной только при определении иерархической структуры объекта. И в этом смысле фундаментом медицинской гуманитаристики в образовательном поле выступает медицинская антропология. Антропологический подход позволяет определить предельные основания ценностной конфигурации медицинского знания.

Но, по сложившейся традиции, в образовательном процессе в медицинских вузах задача нравственного представления профессии отделена от собственно профессиональных знаний. Преподаватель-медик, выступая, по определению, моральным агентом для будущих врачей, передает эту функцию гуманитариям. Отсюда – определенная парадоксальность профессиональной подготовки. Дилемма состоит в том, что преподаватели-медики как субъекты медицинской морали не обладают специальными знаниями в сфере биоэтики, а преподаватели-гуманитарии не являются специалистами в области медицины.

В результате **первый парадокс** медицинского образования состоит в том, что изначально принимается тезис об ориентации любой профессиональной

деятельности в медицине и здравоохранении на нравственное ее содержание. В то же время моральный статус профессионала-медика есть величина непостоянная и исходно дифференцированная: в медицину приходят люди с разным нравственным багажом, а в период учебы специальные установки на добро могут вырабатываться, а могут и не вырабатываться. По сути дела, преподаватели-медики являются самочучками в сфере этики и, тем более, в области медицинской антропологии, которой их не учили и не учат. Медицинская антропология в профильных вузах не преподается, а биоэтика, теоретической базой для которой она является, оттеснена на первые курсы, когда студенты пациентов еще не видели.

Можно сказать, что такая ситуация объясняется дефицитом учебных часов на основные предметы – хирургию, терапию, гигиену, гинекологию, неврологию и т.п. Гуманитарные предметы в медицинских вузах считаются непрофильными и всячески ограничиваются. Пациентское сообщество выражает негативное отношение к такому положению дел многочисленными жалобами на нарушение прав пациентов и нравственный дефицит коммуникативных навыков медицинских работников. Организаторы здравоохранения также озабочены данной проблемой, но сделать ничего не могут. Вернее, делают, но желаемого эффекта не получают, поскольку не признают гуманитарное знание таким же профильным предметом, как и специальные дисциплины.

Отсюда второй парадокс современного отечественного медицинского образования – стремление совместить западные стандарты обучения, отечественные традиции и имеющиеся финансовые возможности в организации гуманитарно ориентированного профессионального образования. При попытке его разрешить традиции приносятся в жертву. Это наглядно видно на примере поэтапной утраты гуманитарной составляющей в современной медицине.

Так, этапы утраты этических смыслов медицины можно проследить на хромотипических сюжетах попеременно лидирующих в ней направлений:

Концепция качества жизни (КЖ) – начало XXI века. Этическая компонента присутствует в шкале социальных показателей. Интегративное единство биологических, психических и социальных составляющих здоровья человека достигается благодаря применению принципов медицинской антропологии.

Концепция доказательной медицины (ДМ) – конец «нулевых» – начало «надцатых». Присутствует отголосок этических подходов (легитимизация информированного добровольного согласия, признание ссылки на авторитет низшей степенью доказательности). Но нет соотнесения с общенаучной теорией доказательств, медики просто не знают, что такая общенаучная теория существует, аксиологический компонент доказательств поэтому представлен дискретно.

Персонализированная медицина (ПМ) – конец «надцатых» – по настоящее время. Этическая составляющая, несмотря на характерное название, отсутствует. Центральный объект персонализированной медицины – не человек как целое, о чем писал основоположник концепции Голанд, а биомаркеры. Противоречие персонализированной медицины и эпигенетики обсуждать не будем, это отдельная тема. Отметим только, что собственно персоне в данной концепции заменяется композицией биогенетических сущностей.

Трансляционная медицина (ТМ) – первое двадцатилетие XXI века. Здесь уже гуманитарное содержание можно, весьма условно, рассмотреть только на стадии клинических испытаний, но негативным моментом здесь является возрастание рисков для пациентов в связи с переходом к ускоренным клиническим испытаниям (КИ).

4П-медицина – новое явление, пока не ставшее практикой – гуманитарные интенции только в participatory составляющей, но это уже не медицина, а здравоохранение.

Очевидность дегуманизации высшего медицинского образования связана с попытками решить проблему его финансирования.

На практике это выглядит так:

1. Ликвидация субординатуры в медицинских вузах.
2. Ликвидация интернатуры в медицинских вузах.
3. Разделение изучаемых дисциплин на профильные и непрофильные с сокращением последних.

Можно ли говорить в этой ситуации о ценностном контексте высшего медицинского образования? Естественно, возникает традиционный русский вопрос: кто виноват и что делать?

Виноват каждый по-своему:

1. Государство допускает неэффективную организацию системы медицинского образования.
2. Медицинские работники активно участвуют в расширении медиализации (гипердиагностика, избыточное назначение ЛП, вытеснение фундаментальной науки прикладным знанием, переход на технологическую и контрактную модели врачевания

за счет вытеснения патерналистской и вынужденного отказа от коллегиальной и т.п.).

3. Фармацевтические компании несут ответственность за коммерциализацию медицины и здравоохранения.

4. Пациенты проявляют низкий уровень культуры потребления медицинской помощи, допускают безнравственное отношение к здоровью, медицинское знание в пациентском сообществе чаще всего существует как профанное и т.п.

Что делать? Это зависит от того, кто должен действовать. Мы же можем лишь сделать несколько конкретных предложений. Вот они:

1. Вернуть собеседование при поступлении в вуз, разработать критерии оценки нравственного статуса абитуриента.

2. Ввести систему НМГО – непрерывного медико-гуманитарного образования (любые профессиональные знания транслировать не просто как операционные, но духовно-нравственные ценности). Гуманитарная поддержка должна присутствовать на всех этапах обучения.

3. Считать обязательным введение гуманитарной экспертизы профессионального образования [3], чтобы корректировать нравственные установки обучающихся и обеспечить интеграцию профессионального медицинского и гуманитарного знания, реализуя аксиологическую парадигму медицинского образования.

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 information

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. Доника А.Д. Пролонгированный профессиогенез: постковидный синдром медицины // Гуманитарные проблемы медицины и здравоохранения. 2023. Т. 1. № 1. С. 40–48. URL: https://www.volgmed.ru/uploads/files/2023-6/174619-1_2023_elektronnyy_zhurnal_gpmiz_02_06_2023.pdf.

2. Седова Н.Н. Чему учить в медицинском вузе: общению с компьютером или общению с человеком? // Гуманитарные проблемы медицины и здравоохранения. 2024. Т. 2. № 1. С. 6–8. URL: https://www.volgmed.ru/uploads/files/2024-6/196493-gpmiz_zhurnal_iyun_2024.pdf.

3. Ткаченко Е.А. Профессиональная среда вуза как элемент становления медицинских специалистов // Гуманитарные проблемы медицины и здравоохранения. 2024. Т. 2. № 1. С. 25–31. URL: https://www.volgmed.ru/uploads/files/2024-6/196493-gpmiz_zhurnal_iyun_2024.pdf.

REFERENCES

1. Donika A.D. Prolonged profессиogenesis: postcovid medicine syndrome. *Gumanitarnye problemy meditsiny i zdravookhraneniya* = *Humanitarian problems of medicine and healthcare*. 2023;1(1):40–48. (in Rus.) URL: https://www.volgmed.ru/uploads/files/2023-6/174619-1_2023_elektronnyy_zhurnal_gpmiz_02_06_2023.pdf.

2. Sedova N.N. What to teach at a medical university: communicating with a computer or communicating with a person? *Gumanitarnye problemy meditsiny i zdravookhraneniya* = *Humanitarian problems of medicine and healthcare*. 2024;2(1):6–8. (in Rus.) URL: https://www.volgmed.ru/uploads/files/2024-6/196493-gpmiz_zhurnal_iyun_2024.pdf.

3. Tkachenko E.A. The professional environment of the university as an element of the formation of medical specialists. *Gumanitarnye problemy meditsiny i zdravookhraneniya* = *Humanitarian problems of medicine and healthcare*. 2024;2(1):25–31. (in Rus.) URL: https://www.volgmed.ru/uploads/files/2024-6/196493-gpmiz_zhurnal_iyun_2024.pdf.

Информация об авторах

Е.А. Ткаченко – аспирант кафедры истории и культурологии, Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3745-7835>, E-mail: elena-cherednichenko@mail.ru ✉

А.А. Литвиненко – магистрант курса «Психология», Российский государственный социальный университет, Москва, Россия; ORCID: <http://orcid.org/0009-0007-1306-4539>, E-mail: tiffany-style@mail.ru

Information about authors

E.A. Tkachenko – Postgraduate student of the Department of History and Cultural Studies, Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3745-7835>, E-mail: elena-cherednichenko@mail.ru ✉

A.A. Litvinenko – Undergraduate student of the Psychology course, Russian State Social University, Moscow, Russia; ORCID: <http://orcid.org/0009-0007-1306-4539>, E-mail: tiffany-style@mail.ru

Журнал «Биоэтика» публикует рукописи, соответствующие международным нормам публикационной этики в био-медицинских журналах.

Рукопись будет снята с публикации, если на каком-либо этапе рассмотрения или предпечатной подготовки редакционной коллегией будет выявлено нарушение требований публикационной этики.

Если такое нарушение будет обнаружено читателями после публикации статьи, она будет отозвана. Это повлечет за собой также годичный запрет на будущие публикации в нашем журнале для членов авторского коллектива.

К нарушениям публикационной этики относятся:

- неправомерные заимствования;
- одновременная подача рукописи в несколько журналов;
- сокрытие конфликта интересов;
- оценивание профессиональных качеств рецензентов;
- неправомерное соавторство.

Неправомерные заимствования

Неправомерные заимствования могут существовать во многих формах – от представления чужой работы как авторской до копирования или перефразирования существенных частей чужих работ (без указания авторства) или до заявления собственных прав на результаты чужих исследований. Неправомерные заимствования во всех формах представляют собой неэтичные действия и неприемлемы.

Авторы рукописей должны представлять полностью оригинальные работы. Упоминания результатов работ других авторов должны сопровождаться ссылками на соответствующие первоисточники (которые подлежат включению в список источников).

Цитирование текста, ранее опубликованного где-либо, должно быть оформлено как ПРЯМАЯ РЕЧЬ (текст нужно заключить в кавычки) с обязательным указанием первоисточника. Включение в рукопись больших фрагментов заимствованного текста недопустимо.

Необходимо всегда признавать вклад других лиц в проведенное исследование. Авторы должны ссылаться на публикации, которые имели большое значение при выполнении научной работы, освещенной в рукописи.

Данные, полученные неофициально (например, в ходе беседы, переписки или в процессе обсуждения с третьими сторонами), не должны быть использованы или представлены без ясного письменного разрешения первоисточника.

Информация, полученная из конфиденциальных источников (например, о предоставлении гранта на проведение исследования), не должна упоминаться в рукописи без четкого письменного разрешения того из авторов рукописи, кто имеет непосредственное отношение к данным конфиденциальным источникам.

Выявление неправомерных заимствований проводится:

- в рамках научного рецензирования;
- через систему АНТИПЛАГИАТ;
- после публикации рукописей – по факту обращения читателей с соответствующими заявлениями.

При установлении факта неправомерного заимствования данных (результатов научной работы) или идеи рукопись (статья) будет отозвана (ретрагирована). На сайте журнала и в международных наукометрических базах данных (МНБД) будет размещено официальное уведомление.

Одновременная подача рукописи в несколько журналов или представление уже опубликованных данных под другим названием

Выявление факта представления одной и той же рукописи одновременно более чем в один журнал будет расценено как нарушение публикационной этики. Рукопись будет отклонена.

Публикация определенного типа статей (например, переводных статей) в некоторых случаях допустима при соблюдении ряда условий. При подаче рукописи для вторичной публикации авторы должны уведомить об этом редакционную коллегию и подробно обосновать целесообразность такой публикации. В случае вторичной публикации урегулирование вопросов, связанных с авторскими правами на публикацию, решается индивидуально в каждом конкретном случае. Общими правилами оформления рукописи для «вторичной» публикации являются:

- указание полной библиографической ссылки на первичную публикацию;
- сохранение оригинальной библиографии первичной работы.

Более подробную информацию о допустимых формах вторичных (повторных) публикаций можно найти на странице ICMJE.

Соккрытие конфликта интересов

Все авторы обязаны раскрыть (задекларировать в соответствующем разделе рукописи) финансовые или другие явные, или потенциальные конфликты интересов, которые могут быть восприняты как оказавшие влияние на результаты или выводы, представленные в работе.

Примеры потенциальных конфликтов интересов, подлежащих раскрытию:

* Подробно изложена на сайте издания. Доступна по ссылке: <https://bioethicsjournal.ru/2070-1586/about/editorialPolicies#custom-1>

¹ <https://bioethicsjournal.ru/2070-1586/about/editorialPolicies>

- получение финансового вознаграждения за участие в исследовании или написание рукописи;
- какая-либо связь (работа по договору, консультирование, наличие акционерной собственности, получение гонораров, предоставление экспертных заключений) с организациями, имеющими непосредственный интерес к предмету исследования или обзора;
- патентная заявка или регистрация патента на результаты исследования (авторского права и др.);
- получение финансовой поддержки для любого из этапов проведения исследования или написания рукописи (в том числе гранты и другое финансовое обеспечение).

Информация о конфликтах интересов, полученная от авторов рукописей, будет доступна только редакционной коллегии при принятии решения о публикации рукописи. Также информация о конфликтах интересов публикуется в составе полного текста статьи.

Оценка компетенции рецензента

Оценка профессиональных качеств рецензента является исключительной прерогативой редакционной коллегии.

Попытки авторов давать оценки компетентности рецензентов повлекут за собой отклонение рукописи.

Неправомерное соавторство

Авторами публикации могут выступать только те лица, которые внесли значительный вклад в формирование замысла работы, разработку, исполнение и/или интерпретацию результатов представленного исследования, а также в сам процесс написания рукописи (в том числе проводившие научную и стилистическую правку и оформление в соответствии с требованиями журнала).

Авторы должны удостовериться в том, что:

- все участники, внесшие существенный вклад в исследование, представлены как Соавторы;
- не приведены в качестве Соавторов те, кто не участвовал в проведении исследования;
- все Соавторы видели и одобрили окончательную версию работы и согласились с представлением ее к публикации (подтверждением этого являются подписи всех авторов в сопроводительном письме).

The journal "Bioethics" publishes manuscripts that meet international standards of publication ethics in biomedical journals

The manuscript will be retracted from publication if at any stage of consideration or prepress editorial Board found a violation of the requirements of publication ethics.

If such a violation is found by readers after the publication of the article, it will be retracted. This will also entail a one-year ban on future publications in our journal for members of the authors team.

Violations of publication ethics include:

- plagiarism;
- simultaneous submission of manuscripts to several journals;
- concealment of conflict of interest;
- assessment of professional qualities of reviewers;
- illegal co-authorship.

Plagiarism

Plagiarism can take many forms, from presenting someone else's work as an author's work, to copying or rephrasing essential parts of someone else's work (without attribution), or to claiming ownership of someone else's research. Plagiarism in all forms is unethical and unacceptable.

The manuscript authors should submit entirely original work. References to the results of the works of other authors should be accompanied by references to the relevant primary sources (which should be included in the list of references).

Citation of the text, previously published somewhere, should be framed as a DIRECT SPEECH (the text should be enclosed in quotation marks) with the obligatory indication of the source. The inclusion of large fragments of borrowed text in the manuscript is unacceptable.

The contribution of others to the study should always be recognized. Authors should refer to publications that were of great importance in the performance of scientific work covered in the manuscript.

Data obtained informally (e.g. during a conversation, correspondence or discussion with third parties) should not be used or presented without the written permission of the original source.

Information obtained from confidential sources (for example, grant for research) should not be mentioned in the manuscript without the Express written permission of the author of the manuscript, who is directly related to these confidential sources.

Simultaneous submission of a manuscript to several journals or submission of already published data under a different title

Identification of the fact of submission of the same manuscript to more than one journal at the same time will be regarded as a violation of publication ethics. The manuscript will be rejected.

Publication of a certain type of articles (for example, translated articles) in some cases is permissible under certain conditions. When submitting a manuscript for secondary publication, the authors should notify the Editorial Board and justify the expediency of such publication in detail. In the case of a secondary publication, the resolution of issues related to copyright for publication is decided on a case-by-case basis. The General rules of the manuscript for the "secondary" publication are:

- full bibliographic reference to the primary publication;
- preservation of the original bibliography of the primary work.

More information on acceptable forms of secondary (repeated) publications can be found on the ICMJE page.

Научное издание

БИОЭТИКА (BIOETHICS)

Федеральный научно-практический журнал Т. 17, № 2. 2024

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 20.11.2024 г. Формат 60х84/8.
Усл. печ. л. 6,98. Уч.-изд. л. 5,85. Тираж 75 экз. Заказ № 326. Цена свободная.

Учредитель: федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
400066, Волгоград, пл. Павших Борцов, 1

Адрес редакции:
400066, Волгоград, пл. Павших Борцов, 1

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

Подписной индекс: ПП526

ISSN 2070-1586



9 772070 158349 >