



**МЕРА ВСЕХ
НАУК**

ПРОБЛЕМА ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА В ИССЛЕДОВАНИЯХ Б.Г. ЮДИНА

© 2018

DOI: 10.31857/S023620070000319-7

Г.Б. Степанова



**Степанова
Галина**

Борисовна —
кандидат психоло-
гических наук, стар-
ший научный со-
трудник Института
философии РАН.
Постоянный автор
журнала. E-mail:
gbstepanova@
gmail.com

Борис Григорьевич Юдин начал систематически исследовать здоровье человека как междисциплинарную проблему в связи с разработкой концепции человеческого потенциала. В 1995 году сотрудниками Института человека РАН, где он был в то время заместителем директора, для Совета безопасности РФ был подготовлен аналитический доклад “Человеческий потенциал страны и его взаимосвязь с безопасностью страны”.

В конце XX века повысился интерес к гуманитарной проблематике в самых разных областях человеческой деятельности. Тогда оказались востребованными подходы, направленные на изучение человеческого потенциала, или человеческого развития (human development). Этот термин был введен в рамках Программы развития ООН в связи с проблематикой устойчивого развития. В 1990 году ООН опубликовала первый доклад с оценкой экономического и социального прогресса стран мира, в котором было сформулировано *понятие человеческого развития*: “Развитие человека является процессом расширения спектра выбора. Наиболее важные элементы выбора — жить долгой и здоровой жизнью, получить образование и иметь достойный уровень жизни. Дополнительные элементы выбора включают в себя политическую свободу, гарантированные права человека и самоуважение”. Уже в 2010 году это определение было расширено и стало звучать так: “Развитие человека представляет собой процесс расширения свободы людей жить долгой, здоровой и творческой жизнью, направленной на осуществление других целей, которые, по их мнению, обладают ценностью; активно участвовать в обеспечении справедливости и устойчивости развития на планете” [6].

Борис Григорьевич неоднократно подчеркивал, что здоровье рассматривалось как важнейшая составляющая человеческого потенциала. В рамках ПРООН человеческий потенциал

трактуются как интегральный индекс, определяемый тремя составляющими: уровнем дохода, уровнем образования и показателями, характеризующими здоровье (средняя ожидаемая продолжительность жизни). Концепция человеческого потенциала, разработанная сотрудниками Института человека РАН, была дополнена другими характеристиками: для устойчивого развития и реализации потенциала человека в неменьшей степени, чем материальное благополучие, важны качество здоровья, условия для самореализации, учет его интересов и возможностей, культурно-ценностные ориентации и т.п. [13, с. 9–10].

Долгая здоровая и полноценная жизнь человека является приоритетом для Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). В соответствии с уставом этой организации цель ее деятельности — “достижение всеми народами возможно высшего уровня здоровья”. Термин “здоровье” рассматривается в преамбуле устава достаточно широко, что позволяет ВОЗ заниматься не только борьбой с болезнями, но и многими проблемами социального характера. “Здоровье, — в трактовке ВОЗ, — является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней или физических дефектов. Обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав всякого человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения” [9].

Таким образом, на рубеже веков, как в науке, так и в обществе в целом возрос интерес к человековедению. Здоровье стало систематически рассматриваться в связи с состоянием окружающей среды, а также образом жизни человека, его социально-экономическим статусом, условиями труда и быта.

Широкое толкование термина “здоровье” показывает, что оно определяется не только отрицательно, как отсутствие болезни, но и положительно, как возможность человека жить полноценной жизнью, реализовывать те или иные свои возможности. В определенном смысле человек тем более здоров, чем шире диапазон доступных ему произвольных действий. Основываясь на таких представлениях, Б.Г. Юдин в 2000 году опубликовал свою первую основополагающую статью “Здоровье: факт, норма и ценность”, в которой показал, что в понятии “здоровье” синкретически объединяются совершенно разнородные пласты. «*Во-первых*, это — некоторое описание, характеристика реального положения дел — чему в названии статьи соответствует слово “*факт*” <...> речь при этом идет о состоянии или характеристике, которые мы полагаем как нечто данное.

«*Во-вторых*, говоря о здоровье или противопоставляя здоровье и нездоровье (болезнь), мы можем иметь в виду и то, что здоровье означает некоторую *норму*, тогда как болезнь — отклонение от нормы, нарушение должного порядка явлений <...>.



В третьих, наконец, нередко под здоровьем мы понимаем нечто не просто нормальное, но такое, к чему должно стремиться, чего мы хотим, порой даже вождееем, во имя чего можем тратить свои силы, претерпевать немалые лишения и ограничения... Здоровье, иными словами, может быть столь значимой *ценностью*, чтобы диктовать цели, намерения и действия как отдельных людей, так и социальных институтов, вплоть до общества в целом» [14, с. 55–56].

В другой работе Б.Г. Юдин несколько иначе интерпретирует понятие здоровья и выделяет в наших представлениях о здоровье следующие три составляющие. Первая — это те данные, которыми человек располагает на основе естественнонаучного, биолого-медицинского знания. Этими данными оперирует доказательная медицина, апеллируя к их объективности и большей достоверности. Вторая составляющая — это наши обыденные представления о здоровье, которые существовали у людей на протяжении истории, в разных культурах и социальных системах. Они индивидуальны и во многом зависят от воспитания индивида, его социализации, образования. У человека, занимающегося с детства спортом, представления о здоровье будут существенно отличаться от тех, которыми обладают люди с ограниченными возможностями. Кроме того, представления о здоровье опосредуются культурой, социальными и экономическими отношениями, в которых живет человек. В каждую историческую эпоху культура вырабатывает определенные представления о том, что такое здоровье и болезнь, как можно сохранить или обрести здоровье, “и всякий раз эти представления самым тесным образом связаны с пониманием мира, человека и взаимоотношений между ними” [16, с. 4–5]. Третья составляющая представлений о здоровье несет в себе существенное ценностное содержание. Такое понимание здоровья определяет его позитивный характер — не только отсутствие болезни, но и наличие тех возможностей, которые дают здоровому человеку жить полноценной жизнью и реализовать себя. Все эти три составляющие взаимосвязаны: ценностные установки влияют как на формирование обыденных представлений, так и на развитие биологических и медицинских знаний. В качестве иллюстрации можно привести те представления студентов о здоровье, которые были выявлены в эмпирическом исследовании, проведенном автором данной статьи под руководством Б.Г. Юдина. По мнению студентов, здоровье — это:

■ позитивное самоощущение (варианты ответов: отсутствуют отрицательные ощущения, чувствует себя здоровым, хорошее состояние или самочувствие, бодрость, веселость, хорошее настроение и т.п.) — 29%;

■ отсутствие заболеваний, жалоб (ничего не болит, редко болеет, нет необходимости обращаться к медикам, не задумывается о болезнях, редко употребляет лекарства и т.п.) — 34%;

■ положительное отношение к жизни, к себе (оптимизм, гармония с собой и с миром, удовлетворенность собой и своей жизнью и т.п.) — 15%;

■ активность, творчество, самореализация (полноценная жизнь, физическая и умственная активность, духовное и творческое развитие, интересная работа; любовь и семья, наличие интересов, духовных и нравственных ценностей, возможность движения и мысли и т.п.) — 15%;

■ здоровый образ жизни (спорт, питание, отсутствие вредных привычек, режим и т.п.) — 31%” [7, с. 257].

Хотелось бы отметить еще одну позицию, которую Б.Г. Юдин считал заслуживающей внимания в связи с развитием науки и техники. Это концепция эпидемиологического перехода, предложенная французским демографом Ж. Буржуа-Пиша. Суть ее состоит в том, что традиционный тип смертности, определяемый экзогенными факторами (голод, инфекции, эпидемии, несчастные случаи и т.п.) сменяется современным типом, в основе которого лежат эндогенные причины. Развитие биологических и медицинских технологий позволило не только бороться с разного рода инфекциями и эпидемиями, но и существенно повлиять на продолжительность жизни человека. Основными причинами смертности стали процессы старения, хронические заболевания, прежде всего — сердечно-сосудистые и онкологические. В эпидемиологическом переходе выделяется четыре стадии — от ограничения действия таких масштабных причин смертности, как голод и эпидемии, к профилактике и лечению наследственных заболеваний, снижению младенческой смертности и продлению активного долголетия.

Другим важным аспектом в исследованиях Б.Г. Юдина был анализ существующей на тот момент методологии измерения здоровья. Наиболее распространенной методикой в этом плане являлась оценка данных о смертности. Статистическая информация о смертности используется и поныне как в России, так и в международных проектах (в частности, Программой развития ООН при составлении ежегодных докладов, в которых определяются и сопоставляются человеческие потенциалы разных стран). В 1970-е годы в США появились исследования (в частности, исследование, проведенное корпорацией RAND [4]), в которых использовались методы измерения составляющих здоровья, основанных на определении ВОЗ. Так, например, физическое здоровье определялось через понятие функционального статуса и способности индивида к активности. Измерения психического здоровья фокусировались на аффективных состояниях, позитивном мироощущении и уровне самоконтроля. Социальное здоровье оценивалось исходя из степени вовлеченности человека в общественную жизнь и качества его межличностных взаимодействий.

Несмотря на то, что авторы этого исследования использовали определение ВОЗ, их данные не позволяют рассматривать



социальное благополучие в качестве независимой составляющей здоровья. Социальные факторы в значительной степени влияют на здоровье человека, но являются внешними по отношению к нему и не могут использоваться при определении индивидуального статуса здоровья. Кроме того, у многих исследователей возникают вопросы:

- Как определяется социальное благополучие в контексте такого понимания здоровья?
- Каковы нормы его психической и социальной составляющих?
- Что, собственно, следует измерять — социальную среду или функциональный статус индивида?

У нас в стране также предпринимались попытки найти обобщенные показатели, характеризующие здорового человека. Так, в концепции качества жизни (Ушаков И.Б., Соколов Н.В. и др. [10]) используются физиологические показатели: рост, вес, окружность грудной клетки, жизненная емкость легких, сила правой кисти; динамика основных показателей сердечно-сосудистой системы (ЧСС, АД, минутный объем крови, пульсовое давление и т.п.); уровень физической работоспособности, уровень психического здоровья (нервно-психическая устойчивость, реактивная и личностная тревожность), а также анализ заболеваемости по разным видам нозологий. При выведении средней оценки здоровья [3] анализируются в зависимости от возраста такие показатели, как процент людей, имеющих жалобы на здоровье, процент людей, имеющих хронические заболевания, среднее число дней болезненного состояния в году, средние денежные траты на медикаменты. По многочисленным данным сопоставление субъективных и объективных оценок здоровья показывает их совпадение примерно у 80% обследованных по различным методикам.

Б.Г. Юдиным были рассмотрены и другие подходы к измерению здоровья. Для некоторых из них основным является определение денежной стоимости, необходимой для компенсации тех или иных нарушений здоровья или мер по его восстановлению. Борис Григорьевич предпринял довольно подробный анализ различных методик, в основе которых лежит сопоставление показателей “затраты/выгода”. При сравнениях, осуществляемых на основе другой методики, носящей название “затраты/эффективность”, разрабатываются способы, позволяющие приводить к единому масштабу различные формы нарушения или, напротив, восстановления здоровья. Таким образом осуществляются попытки установления единиц здоровья.

В основу измерений здесь ставятся не показатели заболеваемости и смертности, а именно показатели, характеризующие здоровье. Такие единицы получают разные названия — “год здоровой жизни” (YONL — year of healthy life), просто “здоро-

вый год” (well-year); “пересчитанный по качеству год жизни” (QALY — quality-adjusted life year) — единица, которая была разработана раньше других, еще в 1970-е годы; “пересчитанный по инвалидности год жизни” (DALY — disability-adjusted life year) — эта единица была использована в упоминавшемся докладе Всемирного банка. Анализируя эти подходы, Б.Г. Юдин писал: «Долгое время количественные оценки индивидуального и общественного здоровья и болезни строились, прежде всего, как измерение потерь трудоспособности. В определенной мере это относится и к таким мерам, как “человеческий капитал” и “готовность платить”. Иначе говоря, здоровье при этом во многом отождествляется с трудоспособностью. Вариацией такого подхода можно считать и те модели, которые оценивают не только производственную, но, более широко, социальную продуктивность. Скажем, заболевание, повлекшее бесплодие у женщины, может и не оказать влияния на ее трудоспособность, но тем не менее общество (а также и ее семья, и она сама) понесет от этого определенные потери» [14, с. 63]. Борис Григорьевич подчеркивал ограниченность подходов, определяющих здоровье человека через его продуктивность, несмотря на серьезные социально-экономические их обоснования. Человек в них рассматривается лишь как потребляемый обществом ресурс. Юдин зафиксировал тот факт, что за появлением описанных выше подходов к измерению здоровья кроются, помимо всего прочего, изменения в восприятии здоровья как ценности. Другими словами, ценность здоровья человека в одних концепциях рассматривается через призму его экономической эффективности, продуктивности, в других — через возможности реализации собственного потенциала человека, поскольку он здоров.

В каждой работе Б.Г. Юдина, посвященной проблематике здоровья человека, отчетливо звучит гуманитарный акцент. И дело здесь не в том, что автор хотел как-то принизить значимость и достижения медицины в вопросах лечения, восстановления здоровья. “Намного более перспективной и реалистичной, — с его точки зрения, — представляется другая позиция, которая исходит не из противопоставления и конкуренции естественнонаучного и гуманитарного подходов, а из их взаимодополнительности, то есть необходимости со-действия, совместных усилий представителей обеих сторон для того, чтобы разобраться в проблематике здоровья” [16, с. 7]. Такого рода взгляды возникли у Бориса Григорьевича не случайно. Еще в 1970–1980-е годы, работая в Институте истории естествознания и техники под руководством Б.М. Кедрова, он занимался разработкой методологических основ взаимодействия различных наук, решая проблемы обоснования междисциплинарного подхода. К объектам, требующим такого подхода, с полным основанием может быть отнесено здоровье человека, как индивидуальное, так и общественное.



Примером взаимодействия специалистов разных областей, занимающихся проблематикой здоровья, может служить проведенная в апреле 2002 года под его руководством конференция “Здоровье как проблема гуманитарного знания”. По ее материалам был выпущен сборник статей. Там был рассмотрен широкий круг вопросов — от философского осмысления понятия здоровья до актуальных проблем отечественной системы здравоохранения и практической медицины. В сборнике впервые была опубликована статья Юдина, где он сформулировал три типа новых технологий, оказывающих влияние на здоровье человека:

“К первому типу следует относить те биомедицинские технологии, которые и направлены на то, чтобы способствовать сохранению и укреплению здоровья <...>.

Второй тип воздействия характерен для любых новых технологий, которые создаются безотносительно к проблемам человеческого здоровья, но, как обнаруживается впоследствии, уже тогда, когда эти технологии погружаются в человеческий мир, влияют, и далеко не всегда позитивно, на здоровье человека <...>.

И, наконец, имеет смысл выделять еще один тип воздействия. Это — те новые технологии, не обязательно биомедицинские, которые расширяют возможности человека. Здесь, прежде всего, можно напомнить про компьютерные технологии, которые зачастую открывают перед человеком буквально новые пространства, новые горизонты его существования. Расширение возможностей, которое дают новые технологии, имеет самое непосредственное отношение к здоровью, понимаемому в гуманитарной плоскости — не столько как соответствие каким-то нормам, сколько как спектр возможностей самореализации, которые открыты для данного человека” [16, с. 8].

По мнению Бориса Григорьевича, несмотря на то, что технологии лечения и оздоровления приобрели широкое распространение и стали одним из наиболее прибыльных видов бизнеса, не всегда интересы пациентов и потребителей оздоровительных услуг совпадают. Интересы бизнеса ориентированы на максимизацию прибыли, поэтому вопросы, например, побочных эффектов или ограничений применения не являются приоритетными. Тем не менее, появление целого рынка разнообразных оздоровительных услуг немало способствует увеличению продолжительности жизни и повышению ее качества.

В этой работе впервые Б.Г. Юдин ставит вопрос о необходимости экспертной оценки новых медицинских технологий, появляющихся на рынке, подчеркивая применимость к этому типу технологических воздействий на здоровье человека методологии *гуманитарной экспертизы* [1]. Такая экспертиза должна заниматься *систематической* оценкой *любых* новых технологий с точки зрения того, как они влияют, воздействуют на человека, на условия его проживания, существования

и возможности развития. Гуманитарная экспертиза новых технологий, таким образом, необходима не только для того, чтобы заранее можно было выявлять возможные негативные эффекты для здоровья людей. Она применима и для обнаружения новых возможностей, в том числе и для здоровья, которые и появляются только благодаря этим технологиям.

Какова процедурная сторона гуманитарной экспертизы? В научной литературе [11] представлены различные подходы к ее организации. Например, экспертиза в узком смысле, не предполагает четко определенного инструментария, так как поставленная проблема не поддается четкому измерению, “объективному” исследованию. Экспертиза в широком смысле — это исследование, направленное на получение обоснованных ответов на вопросы, поставленные экспертами. В одних случаях проведение экспертизы (жесткий вариант) строго регламентировано, начиная от состава экспертной комиссии, и заканчивая протоколом с конкретным заключением и рекомендациями. Для других характерна максимальная вариативность и отсутствие единых правил [2].

Кто может быть заказчиком гуманитарной экспертизы? Это могут быть общественные и некоммерческие организации, средства массовой информации, частные лица, профессиональные сообщества и сами разработчики. Последними в большей степени могут осознаваться последствия применения для человека разнообразных современных технологий.

Происходящие сегодня глубокие трансформации заставляют человека все в большей мере воспринимать здоровье как ценность и самому заботиться о нем. Разнообразные диеты, фитнес-центры, пищевые добавки, психопрактики и другие способы улучшения физического и психического здоровья человека рекламируются во всех СМИ. Многие из этих новых технологий оказывают негативное влияние на физическое и психическое здоровье. Причем это касается как проектов, основанных на последних достижениях химии и биологии, в частности генной инженерии, так и на использовании традиционных технологий мистического толка. Характеристики риска и возможных угроз, связанные с технологиями, направленными на сохранение и укрепление здоровья, проявляются не только в непосредственных, но и в опосредованных формах. В этой связи в задачу гуманитарной экспертизы входит выявление и оценка возможных негативных последствий применения такого рода технологий. Другая задача этой процедуры направлена на нахождение того, в какой мере и в каких направлениях они способствуют укреплению здоровья и расширению человеческих возможностей.

Под руководством Б.Г. Юдина были проведены две гуманитарные экспертизы, объектом которых стали технологии оздоровления, а также социологическое исследование поведения детей и подростков. Сразу следует оговориться, что экспертизы



имели формат круглых столов, на которых присутствовали как представители разработчиков, так и эксперты — специалисты в области философии, медицины и психологии. Это был своего рода пробный шар в отработке технологии гуманитарной экспертизы. К Борису Григорьевичу с некоторыми вопросами обратились участники конференции “Здоровье человека в гуманитарном измерении”, руководители оздоровительного общественного движения. Такого рода движения ставят своей задачей направить человека на путь укрепления здоровья собственными силами с минимальными финансовыми затратами. Участнику движения предоставляется не только информация о разных технологиях оздоровления, но и возможность их апробации. Другими словами, человек сам выбирает из предложенных вариантов укрепления здоровья, чем и как он будет заниматься и стоит ли это делать вообще. Эти люди заинтересовались не только подходом к феномену здоровья, который разрабатывался под руководством Юдина, но гуманитарной экспертизой, ее процедурной стороной и возможными результатами. Обе стороны пришли к выводу, что необходим конструктивный диалог, так как при всей позитивной направленности такие проекты содержат не лежащие на поверхности и порой не очевидные для самих организаторов проблемы этического, медицинского, социального и психологического характера. Очевидно также, что гуманитарная экспертиза должна носить комплексный и междисциплинарный характер, так как многие проблемы взаимосвязаны между собой и могут быть выявлены специалистами из разных областей.

Разработчики представили все материалы Общественного центра “ЖизниГрад”, который видит свою миссию в формировании, сохранении и укреплении здоровья каждого человека на основе осуществления жизнесохраняющей (прокреационной) функции семьи, включая проектирование и реализацию собственного здорового образа жизни. Организаторы движения проявили заинтересованность в научном обосновании и выявлении положительных и отрицательных сторон такого подхода к сохранению и укреплению здоровья [12]. При этом человек, по мнению организаторов, поднимается от понимания здоровья как отсутствия болезни, к здоровью в широком смысле — как ценности, ресурса, модуса культуры, позволяющего ему развиваться, интересно жить и быть благополучным.

Начиная с 1983 года, каждый год в Подмоскovie проводится ставший традиционным летний слет (фестиваль) оздоровительных и духовных движений. Слет продолжается неделю, в нем участвует до 5000 человек. Каждая школа, каждое движение, участвующее в слете, имеет возможность презентации и проведения бесплатных показательных занятий для всех желающих. Проходит выставка живых образцов и норм здорового образа жизни. Участники фестиваля имеют возможность использовать полученные знания и навыки для построения соб-

ственного здорового образа жизни как самостоятельно, так и при последующей поддержке участвующих в фестивале школ и движений. Лекции, семинары и практические занятия проводятся по темам: йога, тантра, аюрведа, цигун, валеология, кинезиология, суставная гимнастика, астрология, холодинамика, автодидактика, учение Кальки и т.д.

В процессе гуманитарной экспертизы движения возник ряд вопросов: «Как попадают на слеты люди? Какова их мотивация? Каков процент представляющих свои технологии оздоровления, и тех, кто впервые обращается, желая освоить ту или иную программу? Речь идет об индивидуальном подходе. Как реально происходит раскрытие индивидуальности? Приводятся данные о снижении заболеваемости после занятий в 10–20 раз. Каким образом получены эти цифры, за какой период времени? Существуют ли какие-нибудь механизмы отбора групп, предъявляющих свои программы? Предпринимают ли организаторы какие-нибудь меры для отсева тоталитарных сект? Меняется ли (и как) ценностно-смысловая организация личности у людей, осваивающих ту или иную систему? Насколько они могут реализовать свои способности и возможности, полностью приняв мировоззрение той или иной школы, которые им предлагаются в рамках движения? Что лежит за понятиями “человек, здоровый физически” и “человек, здоровый духовно”? Можно ли рассматривать любые технологии оздоровления в отрыве от представлений о человеке, на которые они опираются? Существует ли обратная связь с участниками между слетами, информация о том, как они самостоятельно, вне слетов работают над своим здоровьем?» [15, с. 61–64]. Это отнюдь не полный перечень вопросов, которые возникли у специалистов, участвовавших в обсуждении.

Далеко не на все вопросы были получены ответы. Главное, в чем состояла задача проведения гуманитарной экспертизы в такой форме — это именно поставить вопросы, выявить факторы риска для человека, его развития и реализации его возможностей.

Гуманитарная экспертиза предполагает выявление возможного позитивного влияния той или иной технологии на здоровье, развитие, реализацию возможностей и способностей человека. Результатом экспертизы является итоговый баланс, суммирующий взвешенные положительные и отрицательные оценки различных аспектов технологии и сопровождающийся представлением возможных корректирующих воздействий. Среди положительных эффектов этого оздоровительного движения экспертами выделены следующие:

- Понимание феномена здоровья как состояния физического, психического и социального благополучия (ВОЗ);
- Принятие на себя ответственности за собственное здоровье и благополучие;
- Понимание роли семьи, детей как ценности для человека;



- Предоставление свободы выбора и апробации конкретных оздоровительных практик;
- Распространение идеологии здорового образа жизни среди людей различного возраста и социального статуса.

В ходе обсуждения был также выявлен ряд возможных негативных эффектов оцениваемого проекта для здоровья, развития и самореализации человека: отсутствие

- 1) четких методов контроля психического и социального здоровья;
- 2) анализа мотивации людей, включенных в движение, а также степени их адаптированности к тем или иным оздоровительным практикам;
- 3) концептуальной проработки понятий “физически здоровый человек” и “духовно здоровый человек”;
- 4) возможность дезадаптации в реальной жизни и формирования зависимости от предлагаемых технологий;
- 5) неопределенность степени ответственности организаторов движения и лиц, представляющих конкретные оздоровительные технологии.

Рекомендации экспертов были сосредоточены на необходимости научного обоснования, исследования мотивации людей, их поведения между слетами, результатов участия в той или иной программе, возможной зависимости от той или иной технологии, поведения в реальной жизни. Они также касались обеспечения возможности максимально широкого применения различных оздоровительных практик и их результатов. И, несомненно, необходимо сотрудничество с медицинскими организациями, занимающимися проблемами общественного здоровья, изучение и учет опыта, накопленного в профилактической медицине.

Другая экспертиза, проведенная под руководством Б.Г. Юдина, касалась выявления факторов риска при проведении социологических и психологических обследований, тестирования детей и подростков, психологических технологий работы с ними. Проблемы сохранения здоровья, социализации, образования этих групп населения стоят особенно остро. Однако если взрослый сам делает выбор, решая, участвовать ли в исследовании, заниматься ли с психологом, психотерапевтом, в группе того или иного направления, то ребенок или подросток лишен такой возможности. За них принимают решения родители, педагоги, воспитатели. Именно от последних исходит “заказ” на разработку и применение таких тестов, опросников, анкет, которые обнаружат у ребенка “правильные” или “неправильные” социальные качества, а при применении специальных методик разовьют его устойчивость к рискам и высокую сопротивляемость по отношению к негативным формам поведения.

В этих ситуациях также применима методология гуманитарной экспертизы, поскольку подобного рода исследования

могут привести к нежелательным последствиям. Среди проблемных паттернов — вопросы добровольности участия ребенка или подростка в исследовании, его информированность о целях и способах проведения обследования, степень вмешательства в личную сферу ребенка, наличие провоцирующей информации при составлении опросников, подготовка интервьюеров и последствия непрофессионального проведения интервью.

Эти и другие проблемы легли в основу гуманитарно-этической экспертизы проекта НМЦ “ДАР” “Социологический мониторинг поведения подростков, связанного с риском заражения ВИЧ/СПИД”, проведенной на базе сектора гуманитарных экспертиз и биоэтики Института философии РАН. Исследования с участием человека практически всегда связаны с определенными рисками. Очень важно, чтобы здесь соблюдалось два условия. Во-первых, необходимо минимизировать риски, а во-вторых, они должны быть соизмеримы с выгодой, пользой, которую могут принести исследования. В связи с распространением среди подростков социально-обусловленных заболеваний, таких как ВИЧ/СПИД, ИППП, наркомания, сотрудниками центра была разработана программа и методика социологического исследования поведенческих рисков и социальных установок детей в возрасте 14–17 лет. Одной из целей являлось создание эффективной профилактической программы для общеобразовательных учреждений. Актуальность такого рода исследования определялась тем, что в последние годы выросло число заболеваний, передающихся половым путем, в том числе ВИЧ/СПИД, а наиболее уязвимыми для ИППП и ВИЧ-инфекции в последние десятилетия стали подростки.

Со стороны экспертов в мероприятии участвовали сотрудники ИФ РАН под председательством Б.Г. Юдина, приглашенные специалисты — психологи, социальные педагоги, специалист-валеолог, заместитель директора школы по социальной защите детей, представитель родителей. Со стороны разработчиков проекта присутствовали руководители НМЦ “ДАР” и психолог, которая проводила групповые интервью с подростками.

На экспертизу были представлены:

- Анкета социологического мониторинга поведения подростков, связанного с риском заражения ВИЧ/СПИД;
- Отчет о проведении группового интервью с родителями учеников школ Юго-Восточного округа г. Москвы;
- Отчет о проведении группового интервью с учащимися 9–11 классов общеобразовательных школ г. Москвы;
- Протокол интервью с родителями учащихся школ Юго-Восточного округа г. Москвы.

Инициатива проведения гуманитарно-этической экспертизы исходила от разработчиков. Авторы проекта осознавали воз-



можные отрицательные последствия для подростков, несовершеннолетних от такого рода опроса. В связи с этим они провели пилотажный опрос школьников того же возраста с целью апробации анкеты на понимание и корректность вопросов, их эмоциональную нагрузку. Эксперты и разработчики совместно обсуждали цели и методологию исследования, а также факторы риска, которые актуально или потенциально несет в себе практика подобных исследований.

Опыт гуманитарной экспертизы рассматриваемого проекта показал наличие определенных социальных, психологических, этических проблем при организации и проведении исследований поведения подростков. К ним в первую очередь были отнесены:

- проблемы информированного согласия ребенка, подростка на участие в обследовании (обследуемые респонденты в том возрасте, в котором их компетентного согласия получено быть не может);
- особенности информирования респондентов о целях исследования, о рисках, связанных с ним;
- провокационность некоторых пунктов анкеты (например, перечисление наркотических средств);
- вмешательство в интимную сферу жизни подростков (вопросы о начале половой жизни подростков 14–17 лет) и т.п.

Экспертная комиссия пришла к заключению о необходимости доработать проект. Разработчики согласились с большинством высказанных замечаний и приняли во внимание рекомендации экспертов.

Когда речь идет о проектах, от которых зависит здоровье и благополучие небольшого количества людей, гуманитарная экспертиза может реализовываться в форме круглых столов, публичных обсуждений и т.п. По словам Б.Г. Юдина “принципиально важно исходить из максимально широкого понимания гуманитарной экспертизы, налагая на него там и тогда, где и когда это необходимо, те или иные ограничения. В конечном счете, любой анализ, направленный на оценку всех тех воздействий, которые оказывает на человека новая технология, можно воспринимать именно в таком качестве” [5, с. 73].

Хотелось бы отметить еще одну область, которую Б.Г. Юдин относил к проблематике здоровья человека. В одной из последних наших совместных работ он писал: “Примерно в то же время, когда понятия человеческого потенциала, человеческого развития начинают привлекать столь большое внимание не только в научных исследованиях, но и в самых разных областях политической и практической деятельности, таких, как образование, здравоохранение и т.п., в рамках биомедицинской науки отмечаются весьма серьезные сдвиги, связанные, в частности, с тенденциями персонализации медицины” [8, с. 37]. Одной из специфических характеристик персонализированной медицины является то, что она в своих тех-

нологических решениях ориентирована непосредственно на человека. И что особенно характерно — на массового потребителя. Это, в свою очередь, позволяет привлекать разнообразные, в том числе финансовые ресурсы, что дает возможность проводить широкомасштабные исследования в области персонализированной медицины. Б.Г. Юдин подвергает сомнению сам термин “персонализированная”, отмечая лингвистические различия в его интерпретации. Возникает впечатление, что препараты, технологии лечения и т.п. создаются специально для данного пациента. На самом деле речь идет о возможности классификации индивидов по субпопуляциям, которые различаются по своей подверженности некоторому заболеванию, по биологии или прогнозу хода заболевания и их реакции на то или иное конкретное лечение. Тем не менее, здесь также важна тенденция к индивидуализации как при оказании медицинской помощи конкретному человеку, так и при организации системы здравоохранения в целом. Более подробно эта проблематика развивалась Борисом Григорьевичем и его коллегами по сектору. Основные результаты представлены в работе [17].

* * *

Здесь представлен далеко не полный перечень проблем, связанных со здоровьем человека, которые разрабатывал Б.Г. Юдин. Мной рассмотрены и проанализированы те области исследований, в которых я принимала непосредственное участие под его руководством. Борис Григорьевич внес значительный вклад в разработку проблем модификации и совершенствования человека, биоэтических проблем трансплантологии, нейронауки и др., которые разрабатывались им совместно с коллегами из сектора гуманитарных экспертиз и биоэтики. Подводя итоги, можно сделать следующие выводы:

- В концепции, разработанной Б.Г. Юдиным, здоровье человека рассматривалось как важная составляющая человеческого потенциала, способствующая его сохранению, развитию и реализации. Сформулированные им подходы к исследованию здоровья оказались продуктивной методологией в области комплексного изучения человека.

- В своих исследованиях он подчеркивал междисциплинарный характер проблематики здоровья человека. Он выделил гуманитарную составляющую в понимании здоровья и показал, что представления о здоровье связаны не только с негативным пониманием как отсутствия недуга, но и с пониманием его как важнейшего ресурса, жизненно необходимого человеку, чтобы реализовать свой потенциал, свои возможности. Предложенная им междисциплинарная методология предполагает взаимное обогащение новыми знаниями, включение в исследования здоровья различных научных дисциплин.



Литература

1. Ашмарин И.И., Юдин Б.Г. Человеческий потенциал: основы гуманитарной экспертизы // Человеческий потенциал: опыт комплексного подхода / Под ред. И.Т. Фролова. М.: Едиториал УРСС, 1999. С. 39–54.
2. Братченко С.Л. Мир экспертизы — попытка определения координат // Экспертиза в современном мире: от знания к деятельности. М.: Смысл, 2006. С. 63–75.
3. Женщина, мужчина, семья в России: последняя треть XX века / Под ред. проф. Н. Римашевской. М., 2001.
4. Корпорация RAND. URL: <https://www.rand.org/randeurope/research/projects/workplace-health-wellbeing-productivity.html> (дата обращения: 15.04.2018).
5. Основы гуманитарной экспертизы: методологические и праксиологические аспекты (материалы круглого стола) // Рабочие тетради по биоэтике. Вып. 5. М.: Изд-во МосГУ, 2007.
6. Программа развития ООН. URL: <http://gtmarket.ru/ratings/human-development-index/human-development-index-info> (дата обращения: 28.03.2015).
7. Степанова Г.Б. Научные концепции и обыденные представления о здоровье // Здоровье человека: социогуманитарные и медико-биологические аспекты. М., 2003. С. 254–259.
8. Степанова Г.Б., Юдин Б.Г. Философия здоровья // Управление здравоохранением. № 3. 2015.
9. Устав Всемирной Организации Здравоохранения. URL: <http://www.who.int/about/mission/ru/> (дата обращения: 18.04.2018).
10. Ушаков И.Б. и др. Провинция: качество жизни и здоровье студентов. М.; Воронеж, 2002.
11. Экспертиза в современном мире: от знания к деятельности. М.: Смысл, 2006.
12. Фокина Е.В., Реут Д.В. Разнотравье. Общественный центр ЖизниГрад. М.: Издатель Е. Разумова, 2002.
13. Человеческий потенциал: опыт комплексного подхода. М.: Едиториал УРСС, 1999.
14. Юдин Б.Г. Здоровье: факт, норма и ценность // Мир психологии. 2000. № 1.
15. Юдин Б.Г., Степанова Г.Б. Здоровье человека: факт, норма, ценность. М.: Изд-во МосГУ, 2009.
16. Юдин Б.Г. Здоровье человека в эпоху новых технологий // Здоровье человека: социогуманитарные и медико-биологические аспекты. М., 2003.
17. Белялетдинов Р.Р., Гребенщикова Е.Г., Киященко Л.П., Попова О.В., Тищенко П.Д., Юдин Б.Г. Социгуманитарное обеспечение проектов персонализированной медицины: философский аспект // Знание. Понимание. Умение. 2014. № 4. С. 12–26.