



ПРОБЛЕМЫ БИОЭТИКИ В ИСТОРИЧЕСКОМ КОНТЕКСТЕ И СОЦИОКУЛЬТУРНОЙ ДИНАМИКЕ ОБЩЕСТВА

КОЛЛЕКТИВНАЯ МОНОГРАФИЯ

Под общей редакцией Н.П. Шок, М.С. Петровой

практическая медицина

МОСКВА • 2021

УДК
ББК
П

Исследование выполнено при финансовой поддержке РНФ, в рамках проекта «Проблемы биоэтики в историческом контексте и социокультурной динамике общества» (№ 18-78-10018).

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

Доктор философских наук, доцент, профессор кафедры социально-гуманитарных наук Приволжского исследовательского медицинского университета Александр Васильевич Грехов.

Доктор исторических наук, доцент кафедры социально-политических коммуникаций Института международных отношений и мировой истории Нижегородского государственного университета им. Н.И. Лобачевского Артем Александрович Фоменков.

Проблемы биоэтики в историческом контексте и социокультурной динамике общества (коллективная монография) / М.А. Ведешкин, О.С. Нагорных, Ф.В. Петров, М.С. Петрова, Н.Ю. Пивоваров, Б.С. Соложенкин, Р.Е. Тарабрин, В.В. Тихонов, Н.П. Шок / Под общ. ред. Н.П. Шок, М.С. Петровой. — М.: Практическая медицина, 2021. — xxx с.

КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ:

М.А. Ведешкин, О.С. Нагорных, Ф.В. Петров, М.С. Петрова, Н.Ю. Пивоваров, Б.С. Соложенкин, Р.Е. Тарабрин, В.В. Тихонов, Н.П. Шок

Научное издание

ISBN

© Коллектив авторов, 2021
© Издательство «Практическая медицина», 2021



ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ

Глава I. **ИСТОКИ БИОЭТИКИ: МИРОВОЗЗРЕНЧЕСКИЕ ДОМИНАНТЫ В МЕДИЦИНЕ АНТИЧНОГО И СРЕДНЕВЕКОВОГО ОБЩЕСТВ**

От богов-целителей к святым лекарям: трансформация и континуитет пространства ритуальной медицины в поздней Античности

Ведешкин М.А.

The social and legal status of physicians in the late Roman Empire

Vedeshkin M.A.

О формировании общественных отношений в Римской империи (I–V вв.) в ракурсе проблемного поля биоэтики (врачи и умельцы, наставники и учителя)

Петрова М.С.

Болезнь как способ ухода от конфликта в средневековом социуме

Петров Ф.В., Петрова М.С.

Глава II. **СОВЕТСКАЯ МЕДИЦИНА В РАКУРСЕ БИОЭТИКИ: ОБЩЕСТВЕННЫЕ ДИСКУССИИ И МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО**

Этико-деонтологические аспекты интеграции восточных медицинских практик в медицину СССР: дискуссии 1930-х годов

Нагорных О.С.

К истории запрета абортов в СССР: позиция властей и мнения советского общества в биоэтическом ракурсе (1935–1936 гг.)

Пивоваров Н.Ю., Шок Н.П.

Медицина СССР и Китая в 1950-е годы: традиции и интеграция практик

Нагорных О.С.

«За мир во всем мире»: гуманизм и этика глобальной безопасности в ракурсе идеологической политики советского руководства (1956–1962 гг.)

Шок Н.П., Пивоваров Н.Ю.

Командировки советских врачей в 1950–1960-е годы в КНР: реализация планов сотрудничества в сфере медицины и здравоохранения

Нагорных О.С., Шок Н.П.

Биоэтика в СССР (1960–1980-е годы): социокультурный контекст

Тихонов В.В.

«Вправе ли мы вообще вмешиваться в природу...»: дискуссии о генной инженерии в позднем СССР

Тихонов В.В.

Возобновление сотрудничества советских и китайских врачей в 1980-е годы в контексте международной ситуации

Нагорных О.С.

Глава III. СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ АСПЕКТЫ БИОЭТИКИ И ПЕРСПЕКТИВЫ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Философский дискурс биоэтики

Шок Н.П., Щеглов А.П., Соложенкин Б.С.

От биоэтики светской к биоэтике христианской: о значении наследия Х.Т. Энгельгардта в России

Шок Н.П.

У истоков Российского национального комитета по биоэтике: исторический, социокультурный и политический контексты

Тихонов В.В.

Трансформация субъекта в биоэтике: от автономной личности к космополиту

Соложенкин Б.С.

Этические дилеммы сурrogатного материнства: христианский дискурс в современном социокультурном контексте

Тарабрин Р.Е.

Основные понятия биоэтики в их философско-антропологической перспективе: о диалектике жизни и смерти

Соложенкин Б.С.

Россия и Китай в ракурсе глобального здравоохранения: передача биотехнологий или трансфер этоса?

Нагорных О.С., Шок Н.П.

Orthodox perspectives on *in vitro* fertilization in Russia

Tarabrin R.E.

Ответственность науки и общество: может ли биоэтика повлиять на медицинскую практику?

Шок Н.П.

ПРИЛОЖЕНИЯ

«Нет нейтрального взгляда на добро»: есть ли будущее у этических дискуссий в медицине? (интервью **Н.П. Шока** с профессором **А. Илтис**)

Польский суд признал аборт из-за генетических патологий плода неконституционными (интервью портала *Genetics-info* с **Н.П. Шоком**)

Кто должен жить? COVID-19 стал экзаменом по биоэтике
Шок Н.П.

РЕЗЮМЕ

SUMMARIES

АВТОРЫ



CONTENTS

PREFACE

Chapter I. THE ORIGINS OF BIOETHICS: WORLDVIEW DOMINANTS IN ANCIENT AND MEDIEVAL MEDICINE

From healing Gods to holy doctors: transformation and continuity of the space of ritual medicine in Late Antiquity

Vedeshkin M.A.

The social and legal status of physicians in the late Roman Empire

Vedeshkin M.A.

On the formation of public relations in the Roman Empire (I–V c.) in the perspective of the problem field of bioethics (physicians and healers, mentors and teachers)

Petrova M.S.

Illness as a way of avoiding conflict in medieval society

Petrov F.V., Petrova M.S.

Chapter II. THE SOVIET MEDICINE FROM THE PERSPECTIVE OF BIOETHICS: PUBLIC DISCUSSIONS AND INTERNATIONAL COOPERATION

The ethical-deontological aspects of the integration of Oriental medical practices into the medicine of the USSR: the discussions of the 1930s

Nagornykh O.S.

On the history of the ban on abortion in the USSR: the views of the authorities and Soviet public opinion from the perspective of bioethics (1935–1936)

Pivovarov N.Y., Shok N.P.

Medicine of the USSR and China in 1950s: traditions and integration of practices

Nagornykh O.S.

“For world peace”: humanism and ethics of global safety in the ideological policy of the Soviet leadership (1956–1962)

Shok N.P., Pivovarov N.Y.

Business trips of Soviet physicians in CPR in 1950–1960s: realization of collaboration plans in the field of medicine and healthcare

Nagornykh O.S., Shok N.P.

Bioethics in the USSR (1960–1980s): sociocultural context

Tikhonov V.V.

“Do we have the right to interfere in nature...”: discussions about genetic engineering in the late USSR

Tikhonov V.V.

Resumption of cooperation between Soviet and Chinese physicians in the 1980s
in the context of the international situation

Nagornykh O.S.

Chapter III. **SOCIOCULTURAL ASPECTS OF BIOETHICS AND PROSPECTS OF INTERDISCIPLINARY RESEARCHES**

Philosophical discourse of bioethics

Shok N.P., Shcheglov A.P., Solozhenkin B.S.

From “bioethics” to “Christian bioethics”: significance of H.T. Engelhardt’s legacy
in today’s Russia

Shok N.P.

The origins of the Russian National Committee on Bioethics: historical, sociocultural
and political contexts

Tikhonov V.V.

Transformation of the subject in bioethics: from an autonomous person
to cosmopolitan

Solozhenkin B.S.

Ethical dilemmas of surrogacy: Christian discourse in contemporary sociocultural context

Tarabrin R.E.

The basic concepts of bioethics in their philosophical-anthropological perspective:
on the dialectics of life and death

Solozhenkin B.S.

Russia and China from the perspective of global healthcare: biotechnology transition
or ethos transfer?

Nagornykh O.S., Shok N.P.

Orthodox perspectives on *in vitro* fertilization in Russia

Tarabrin R.E.

Responsible science and society: can bioethics influence clinical practice?

Shok N.P.

APPENDICES

“There is no neutral view of good”: do ethical discussions in medicine have a future?
(interview of **N.P. Shok** with Professor **A. Iltis**)

The Polish court declared unconstitutional all abortions caused by genetic
fetal pathologies (interview of Genetics-info portal with **N.P. Shok**)

Who must live? COVID-19 has become an exam on bioethics

Shok N.P.

SUMMARIES (IN RUSSIAN)

SUMMARIES

CONTRIBUTORS



ПРЕДИСЛОВИЕ

Данное издание — итог работы научно-исследовательского коллектива над проектом «Проблемы биоэтики в историческом контексте и социокультурной динамике общества» (№ 18-78-10018), поддержанным Российским научным фондом. В нее вошли материалы членов научного коллектива, опубликованные в рамках исследования, — от первых концептов этики медицины, сформулированных в Античности, развитых и трансформированных в Средневековье, а также в ходе научно-технологических революций более поздних периодов. Материалы, посвященные истории медицины в ракурсе биоэтики XX в., отражают социокультурную динамику развития научного знания в контексте политических, идеологических и страновых различий на примере концептов «врачебной этики», «биоэтики» и «медицинской деонтологии».

Целью проекта было представить подход, называемый в современной научной литературе «эмпирическая биоэтика» или «биоэтика, основанная на данных». Эмпирическое измерение биоэтики является формой дескриптивной этики, сфокусированной на изучении феноменов прошлого или настоящего, имеющих моральную или этическую значимость. Например, эмпирические исследования могут выявить общественные взгляды и опыт, связанные с такими спорными вопросами, как аборт, клонирование, исследования стволовых клеток и самоубийства с помощью врача, чтобы пролить свет на дискуссии и формирование общественного мнения по этим вопросам. Кроме того, эмпирические исследования в биоэтике помогают выявить эффекты конкретных мероприятий, направленных на улучшение того, как врачи или политики исполняют те или иные этические обязательства, (например, улучшит ли искусственный интеллект качество информированного согласия). Таким образом, эмпирические исследования в области биоэтики контрастируют с другими основными подходами к этике — нормативной этикой и метаэтикой, которые полагаются в первую очередь на умозрительные философские рассуждения.

Наш проект посвящен систематизации данных истории медицины в ракурсе отдельных сюжетов биоэтики. Среди них мы выявили мировоззренческие доминанты врачебной деятельности на разных исторических этапах, социальную роль врача в обществе, историю абортов, советскую трансплантологию, глобальное здравоохранение и международный трансфер идей в медицине, а также интервью с мировыми лидерами мнений по биомедицинской этике и историю создания первого отечественного биоэтического комитета. Для решения этой задачи как в общем, так и в частности научная группа выбрала междисциплинарные исторические исследования в сочетании с работами по изучению философского измерения этики медицины и социокультурного фактора, представленного этическими доминантами христианства. Это позволило, во-первых, восстановить отдельные исторические

обстоятельства формирования и развития биомедицинской этики в России, а во-вторых — получить определенные сведения, касающиеся использования истории медицины для оценки перспектив развития и дальнейших исследований по истории и современному положению биомедицинской этики в России.

Анализ историографии и архивных источников подразумевал получение новых исторических данных, связанных с национальными социокультурными и политико-экономическими особенностями развития медицинского знания и общественного здравоохранения в их этическом измерении. Такая методология — «социальная история медицины» — как источник данных для исследований по вопросам, связанным с биоэтикой, в российской научной литературе применена впервые.

Особенность научно-технических достижений XXI в. состоит в том, что они создают новую науку, которая способствует развитию технологий и ранее неизвестных способов для спасения и продления жизни человека. Эти процессы затрагивают интересы будущих поколений, влияют на общество, создавая новые вызовы глобального характера. Междисциплинарные научные проекты в области биомедицины имеют выраженное социогуманитарное измерение. Его развитие связано с биоэтикой — во всех ее видах (исследовательской, клинической, публикационной, этикой общественного здоровья и публичной политики) — и исследованиями в области *medical humanities* (медицинской антропологией, социологией здоровья, общественного здравоохранения, философии и истории медицины). Междисциплинарность — основа исследовательских программ в сфере медицины, т. к. здесь происходит соединение гуманитарного и естественно-научного измерений научного знания.

Обновленные этические модели появляются сегодня на национальном и глобальном уровнях. Это касается не только взаимодействия «врач — пациент», клинических испытаний и деятельности фармацевтических компаний, но и вопросов публичной политики в сфере общественного здравоохранения. Вопросы эпидемиологии инфекционных/неинфекционных заболеваний, вакцинация, доступность медицины и равное право на здоровье по всему миру — все это формирует проблемное поле биоэтики, биополитики и биоэкономики. Именно в этой плоскости история отечественной медицины имеет значительный приоритет, тщательное историческое исследование которого может внести существенный вклад в формирование «новой этической парадигмы» мирового здравоохранения.

Этические проблемы в медицине связаны с серьезными противоречиями: между долгом и выгодой, между частными обязательствами и универсальной моралью, между обоснованием морали и мотивацией нравственного поведения конкретного врача. Современная медицина и прогресс биомедицинских технологий продуцируют широкий спектр вопросов. Допустимо ли насилие над некоторыми людьми с целью получить научные результаты, которые помогут многим? Как соотносить вред от совершенного насилия с пользой полученного знания? Может ли врач солгать пациенту ради его пользы? Долг врача — говорить правду, но что если это знание подтолкнет пациента к необдуманным действиям? Подобные вопросы лежат в основе исследований по биоэтике.

Известно, что биоэтика как исследовательское поле впервые появилась именно в качестве аспекта академической и общественной дискуссий в США. Существует множество подходов к поиску точки отсчета истории биоэтики. Американская традиция говорит о конце 1960-х годов, что было связано с развитием новых медицинских технологий, с их применением на практике (и с относящимися к этому этическими вызовами), а также с развитием социальных движений за права. История биоэтики в нашей стране берет свое начало в конце XX в. Однако здесь следует оговориться: речь в данном случае идет скорее об истории термина и институционализации академической и социальной практик, которые ему соответствуют. В то же время многие исследова-

тели отмечают, что интерес к проблемам биоэтики возник в отечественной науке много раньше. Особую роль здесь сыграл академик И.Т. Фролов, работы которого о гуманизме, месте человека в мире новых технологий стали появляться еще в 1960-е годы, а одна из его более поздних работ была опубликована в 1990-е годы на английском языке. С точки зрения социальной истории науки биоэтика (в современном понимании этого термина) до конца 1980-х годов не была представлена в академическом дискурсе СССР. Во многом это связано с тем, что биоэтика — академический продукт американской культуры, основанный на ее ценностях. Разница мировоззрений, политическое противостояние, философско-методологические разногласия и социокультурные особенности затрудняли диалог. В СССР были свои исследования по коммунистической морали, врачебной этике и деонтологии, которые существенно отличались от американских идей и концептов. Более того, в рамках социалистического содружества государств формировались свои способы и принципы взаимодействия и сотрудничества в сфере медицины и здравоохранения, происходил трансфер успешных моделей медицинской помощи, науки и образования в страны СЭВ, КНР и другие дружественные государства.

Сегодня, как и тогда, этика в медицине воспринимается как некая идеология. С помощью некоторых универсальных моральных утверждений предпринимается попытка узаконить государственный моральный авторитет с позиций рационального видения нравственности, справедливости и надлежащего поведения. Именно поэтому в биоэтике зачастую делается акцент на таких понятиях, как «права человека», «здоровье», «равенство», «человеческое достоинство» и др. Этот подход основан на современном убеждении в том, что все люди морально связаны друг с другом без общего исповедания религиозной веры, культурного происхождения или общего нравственного мировоззрения. Вместе с тем люди расходятся во мнении относительно социальной справедливости, обстоятельств, при которых допускается убийство человека, аборт, эвтаназия, самоубийство с помощью врача; люди спорят о том, как следует ранжировать основные ценности, такие как свобода, равенство, благополучие и безопасность. Люди не пользуются единым набором моральных суждений, что видно на примерах социальных и законодательных систем разных стран.

В России развитие биоэтики остается связанным с социально-экономическими и гуманитарными трансформациями общества. Это влияет на качество подготовки в медицинских университетах, а значит, и на практику медицины. «Биоэтика» представлена в учебном плане всех направлений подготовки высшего образования в вариативной части на младших курсах (втором или, реже, третьем). В программе аспирантуры также присутствует биоэтический компонент: утверждение темы научно-исследовательской работы осуществляется на основании экспертизы программы научного исследования в местном этическом комитете организации. Однако системное преподавание биоэтики в России связано с некоторыми затруднениями:

- ✓ рассогласованность между теоретическим осмыслением биоэтики, уровнем развития медицинского права, развитием гуманитарного знания, медицинским образованием, практикой биомедицинских исследований, клинической практикой врача и политикой в области здравоохранения;
- ✓ развитие биоэтики как дисциплины продолжает традицию этической рефлексии отечественных ученых, врачей, религиозных философов, советских деонтологов вне потребности медицинской практики в новой этической модели взаимодействия «врач — пациент»;
- ✓ отсутствие системы подготовки специалистов в области биоэтики и гуманитарных дисциплин (*medical humanities*), а также адекватной отечественной научной и учебной литературы, коллекций клинических кейсов по биоэтике, учитывающих национальный компонент.

Для решения этих задач важно сформировать базовый понятийный аппарат, основанный на историческом исследовании возникновения, развития и рецепции тех или иных понятий и концептов, значимых для медицинской этики.

История медицины, будучи частью истории науки, предполагает комплексный характер постановки исследовательских проблем, что, в свою очередь, определяет междисциплинарный характер ее методологии. Задачи исследований по социальной истории медицины в ракурсе биоэтики в нашем проекте были направлены на формирование целостного представления о зарождении и развитии этических представлений в сфере медицины в их преемственности и взаимосвязи. Таким образом, оптика истории медицины позволяет провести системный анализ мировоззренческих основ и типов рациональности мышления врачей прошлого. Вопросы этики медицины становятся яснее в контексте объяснения кардинальной разницы в осмыслении здоровья и болезни традиционной языческой культурой, с одной стороны, и христианством — с другой. Преемственность идей медицинской этики Гиппократов по отношению к современной доказательной медицине концептуализированы через религиозно-философские концепты милосердия, сострадания и благотворительности. Исследования медицинских практик поздней Античности и Средневековья проливают свет на малоизвестные страницы интеллектуальной истории, столь значимые для понимания трансформаций этических представлений в исторической и социокультурной динамике.

История науки XX в. стремилась ответить на множество вопросов — от структуры и происхождения научных революций до необходимости переосмыслить значение научной этики. Не стоит удивляться, что история развития науки на более ранних исторических этапах (Античность, Средние века и др.) не вызывала в это время значительного интереса. Предложенная Т. Куном теория смены мировоззренческих парадигм считается ключевой в понимании структуры научных революций, однако данная теория также подвергается постоянной переоценке и определенной критике. На таком фоне порой довольно трудно усмотреть онтологические и гносеологические связи между событиями и методами протонауки и современным развитием отдельных дисциплин, в т. ч. и медицины.

Медицинская теория всегда находится внутри общего поля идей, которые формируют поле философии медицины, позволяющее комплексно изучать сложную живую систему — человеческий организм. Именно поэтому так важно для освоения современного медицинского знания и смежных с ним направлений науки иметь четкое представление о том, как шло историческое становление медицины и этики врачевания. Как заметил Н.И. Пирогов в своей работе «Письма из Гейдельберга», изучая частное в точности, мы сможем узнать целое.

Авторы предприняли комплексное исследование проблемы по следующим направлениям: «Истоки биоэтики: мировоззренческие доминанты в медицине античного и средневекового общества», «Советская медицина в ракурсе биоэтики: общественные дискуссии и международное сотрудничество», «Социокультурные аспекты биоэтики и перспективы междисциплинарных исследований». Это позволило продемонстрировать историческую целостность и социокультурную динамику мировоззрения врачей и этических доминант.

Исследование биоэтики с использованием инструментария социальной истории медицины, контекста философии науки и социокультурных факторов дает возможность изучить роль и значение тех или иных методологических подходов в развитии медицины, на основании анализа которых появляется возможность реконструировать процесс становления и развития мировоззрения врача. Прикладной и фундаментальный характер медицины как науки, ее тесная связь с этикой, основанная на необходимости индивидуализации каждого клинического случая, формируют необходимость усвоения социокультурных и мировоззренческих доминант,

наполняющих социальное измерение медицины и выступающих в качестве значимых детерминант практической деятельности врача. Настоящая монография призвана актуализировать внимание исследователей в области сравнительно-исторических и социокультурных исследований медицины и биоэтики.

*Д-р ист. наук, профессор кафедры социально-гуманитарных наук
Приволжского исследовательского медицинского университета
Минздрава России, руководитель проекта РНФ № 18-78-10018
Н.П. Шок*



ГЛАВА I

ИСТОКИ БИОЭТИКИ: МИРОВОЗЗРЕНЧЕСКИЕ ДОМИНАНТЫ В МЕДИЦИНЕ АНТИЧНОГО И СРЕДНЕВЕКОВОГО ОБЩЕСТВ

От богов-целителей к святым лекарям: трансформация и континуитет пространства ритуальной медицины в поздней Античности

М.А. Ведешкин

Анализ религиозной традиции в контексте биоэтического дискурса расширяет горизонты понимания таких феноменов, как исцеление, смерть, страдание и болезнь¹. Как известно, беспокойство о здоровье всегда было мощнейшим фактором распространения религиозных предрассудков. На протяжении всей истории верующие обращались к сверхъестественным силам с мольбами об избавлении от болезней. Античный мир не был исключением. Свидетельством тому были многочисленные культы, обещавшие своим почитателям исцеление от недугов. Непреходящая популярность таких божеств, как Аполлон, Асклепий, Исида, Сехмет, Анахита, Ленус и Сирона, в значительной степени была связана с реальной помощью, которую получали паломники в посвященных им храмах и капищах. Облегчение страданий могло быть обусловлено профессиональной помощью, которую оказывали страждущим жрецы, целебными свойствами места, где было расположено святилище², или психосоматическим эффектом от посещения почитаемого святилища. Одним из обрядов, связанных с культами богов-целителей, была ритуальная инкубация: совершив жертвоприношение, паломник оставался ночевать в храме. Во сне к нему должно было явиться божество и исцелить или дать оракул, исполнив который, больной мог облегчить свои муки. Подобные ритуалы благополучно просуществовали до IV–VI вв. н. э. — эпохи заката традиционных политеистических культов. Несмотря на то что уступавшие место христианству древние верования постепенно предавались забвению, связанные с ними ритуалы нередко сохранялись в новой религиозной оболочке. В настоящей

статье будут рассмотрены примеры континуитета целительных культов и обрядов ритуальной инкубации в поздней Римской империи.

Одним из наиболее популярных божественных лекарей древности была египетская Исида. Еще в I в. до н. э. Диодор Сицилийский описывал богиню как первооткрывательницу многих полезных снадобий и благодетельницу человеческого рода, получавшую «величайшее наслаждение в исцелении людей». В том же отрывке историк отмечал, что ритуальная инкубация была неотъемлемой частью этого культа: «[Исида] предоставляет помощь во время сна тем, кто призывает ее, прямо проявляя как свое присутствие, так и свои благодеяния по отношению к людям, которые просят ее помощи... Ибо, явившись больному во сне, она подает им помощь в их недугах и замечательно исцеляет тех, кто предоставил себя ей» (Diod. Sicul. I.25.2–5). В римские времена крупнейший центр культа Исиды-целительницы, почитавшейся покровительницей женской фертильности и врачевания, располагался в восточном пригороде Александрии — Менуфисе³. Слава местной Исиды простиралась далеко за пределы Дельты: папирусы, славящие «Госпожу» Менуфиса как «правдивую» (ἐν Μεν[ο]ύθι ἀλήθῃα) вследствие точности ее предсказаний, были найдены в Оксиринхе (Р. Оху. XI. 1380.63), надписи в ее честь высекались даже в Остии⁴. В последние десятилетия IV в. знаменитый собиратель ересей Епифаний Кипрский упоминал о храме, перечисляя важнейшие (и наиболее распушенные)⁵ языческие обряды Египта (Eriph. De Fide. 12).

Расцвет культа пришелся на конец IV–V вв. Развязанная архиепископом Феофилом в 391 г.⁶ антиязыческая кампания, в ходе которой были уничтожены храмы Александрии и Канопы⁷, судя по всему, не затронула святилища Менуфиса⁸. В определенном смысле действия христиан-погромщиков даже способствовали упрочению популярности местного культа богини. Разрушение большинства святилищ Александрии и окрестностей по сути сделало Менуфис единственным крупным центром языческого культа на территории Дельты. Несмотря на действовавший с 391 г. запрет на все формы традиционного богопочитания (CTh. XVI.10.10ff)⁹, храм Исиды, при котором даже сохра-

³ О месторасположении Менуфиса см.: Zach. V. Sev. 17 (17).

⁴ Эпиграфические данные о почитании этого культа на Западе см.: Vidman L., 1969, p. 403, 406, 556a. О культах Канопы и Менуфиса см. также: Kayser F., 1992.

⁵ Вероятно, в храме практиковалась ритуальная проституция (Zach. V. Sev. 25 (22–23)).

⁶ О датировке разрушения храмов Александрии и Канопы см.: Ведешкин М.А., 2018, с. 248.

⁷ Об антиязыческой деятельности Феофила Александрийского см.: Ведешкин М.А., 2018, с. 248–252; Athanassiadi P., 1993, p. 14–16; Haas C., 1997, p. 160–169; Kaplow L., 2005, p. 9–11; Russell N., 2006, p. 7–10; Hahn J., 2008.

⁸ Согласно сообщению писавшего в начале VII в. Софонрия Иерусалимского, менуфисское святилище Исиды разделило участь прочих языческих храмов окрестностей Александрии. По мнению патриарха, Феофил разрушил храм и заложил на его руинах церковь Евангелистов (Soph. Laud. 27 (PG 87.3, 3413)). Впрочем, этим свидетельствам противоречат данные Захарии Митиленского, который был очевидцем разорения святилища Исиды в конце V в. Попытки согласовать противоречившие друг другу свидетельства были предприняты Афонассиади и Кэмероном, предполагавшими, что храм Исиды действительно был разрушен Феофилом в конце IV в., после чего культовые практики «Госпожи» продолжались в каком-то доме (Athanassiadi P., 1993, p. 15; Cameron A., 2006, p. 26–27). Насколько мы можем судить по рассказу Захарии, помещение, в котором отправлялись ритуалы богини, было украшено иероглифами, заполнено статуями и другими сакральными предметами, для транспортировки которых в Александрию потребовалось 20 верблюдов (Zach. V. Sev. 29–30 (28–29), 33 (46)). Едва ли такое количество объектов языческого культа могло быть незаметно перенесено в частный дом. Скорее всего, ритуалы богини продолжались в одном из зданий первоначального храмового комплекса, но не в главном храме (Zach. V. Sev. 37 (29)). Параллельное существование построенной при Феофиле церкви Евангелистов и капища Исиды в V в. также подтверждается данными автора коптского синаксария от 4 абиба (28 июня) (PO XVII, 621–622). Вероятно, сообщение Софонрия о разрушении храма Исиды было результатом добросовестного заблуждения патриарха, который, зная о широком масштабе антиязыческих акций Феофила в Александрии и Канопе, не мог предположить, что александрийский архиепископ по какой-то причине обошел вниманием храм менуфисской «демоницы».

⁹ О феодосиевых эдиктах против язычников см.: Ведешкин М.А., 2016, с. 771–774.

¹ См., например: Turner L., 2003.

² Нередко храмы богов-лекарей находились рядом с термальными источниками [Zytka M.J., 2013, p. 131].

нялось профессиональное жречество¹⁰, продолжал функционировать на протяжении почти всего V в. Святилище было надежно спрятано от посторонних глаз: некий почитатель «Госпожи» укрыв его песком, сделав его нахождение практически невозможным для непосвященного человека (Zach. V. Sev. 19 (19). Cp. Vita SS. Cyri et Ioannis. I. PG 87.3, 3696; Sophr. Mir. 66). Безопасность храма и его служителей подкреплялась регулярными подношениями местным клирикам (Zach. V. Sev. 40 (30–31))¹¹. Упоминание миафизитского агиографа Захарии о том, что взятки давались золотом, позволяет предположить, что по меньшей мере часть почитателей Исиды принадлежала к высшим слоям позднеримского общества. Так, святилище, по-видимому, пользовалось популярностью у представителей языческой интеллигенции Александрии. На это указывает рассказ Захарии, упоминавшего, что знаменитый философ Асклепидот хвастал тем, что его бесплодная жена зачала, совершив паломничество в Менуфис (Zach. V. Sev. 17 (17)). Христианский автор рассказывал, что, прибыв в святилище богини, язычник принес жертвы, после чего богиня явилась ему во сне и дала оракул, исполнив который Асклепидот наконец-то стал отцом. Агиограф, конечно же, считал, что язычник выдумал всю эту историю, а «чудесный младенец» был куплен у одной из жриц (Ibid. 18 (18)). Впрочем, жившие в Александрии последователи традиционных культов не разделяли скепсиса Захарии и искренне верили, что «Госпожа» помогла своему верному последователю. Так, современник тех событий Дамаский впоследствии упоминал, что у Асклепидота родился «богоданный ребенок» (Dam. V. Isid. P. 233 (95C)).

По всей видимости, церковные власти Александрии были всерьез обеспокоены деятельностью языческого святилища, причем особые опасения вызывали сведения о том, что за помощью в храм богини приходили и некоторые последователи новой веры. Так, в одной из своих проповедей архиепископ Кирилл Александрийский пламенно обличал часть своей паствы, посещавшую храм «Госпожи», в надежде исцелиться, проведя ночь в логове лживой «демоницы» (Cyr. Hom. Diversae. 18.2 (PG 77, 1101))¹². Об опасности, которую когда-то представлял культ Исиды для христианских душ, упоминал в начале VII в. и иерусалимский патриарх Софроний¹³, писавший, что на поклон к богине-целительнице приходили не только язычники, но даже «верные, несшие знаки Христа» (Soph. Laud. 26 (PG 87.3, 3412)). В 414/5 или 427/8 г.¹⁴ епископ Кирилл чудесным образом обрел мощи пострадавших во время Великого Гонения мучеников Кира и Иоанна. Вскоре останки страстотерпцев были торжественно перенесены в Менуфис и помещены в местную церковь Евангелистов¹⁵, которая стала центром христианского

¹⁰ Деятельность языческого жречества была объявлена преступной законом от 7.12.396 г. (CTh. XVI.10.14). О существовании менуфисского жречества Исиды в конце V в. несколько раз упоминал Захария (Zach. V. Sev. 18–19 (18–19), 25 (22), 33 (27), 35 (28), 46 (34), 48–49 (35–36)). О сохранении языческого жречества в других регионах Египта в V в. см.: в окрестностях Панополя: Ps. Dios. Pan. Mac. 10, 12, 14 (ed. et trad. V. Bolotov); Shenout. The Lord Thundered. Pr. (ed. et trad. J.A. Timbie, J.R. Zaborowski); в окрестностях Абидоса: V. Mos. Ab. V. Mos. P. 77–80 (ed. et trad. M. Moussa); на о. Филы: IGPhilaе 197; I. Philae II 199.1–5. Подробнее см.: *Frankfurter D.*, 1998; *Dijkstra J.*, 2005, p. 67–83.

¹¹ О коррумпированности клира и государственного аппарата Римской империи как факторе сохранения языческих культов в христианском государстве см.: Ведешкин М.А., 2018а.

¹² Следует отметить, что некоторые исследователи выражали сомнения в аутентичности сохранившихся фрагментов этой проповеди Кирилла [Gascoi J., 2006, p. 11–16].

¹³ Биографию Софрония и краткий обзор его раннего творчества см.: *Allen P.*, 2009, p. 15–23.

¹⁴ О датировке см.: *McGuckin J.A.*, 1993, p. 292.; *Lampada D.*, 2015, p. 57.

¹⁵ Церковь была заложена в начале V в. предшественником Кирилла — Феофилом. Следует отметить, что в историографии высказывались сомнения относительно существования этого храма в V в. [Gascoi J., 2006, p. 26–29]. Впрочем, выводы Гаску не учитывают данные коптского синаксария (см. выше) и некоторые свидетельства Захарии. В частности, исследователь обошел вниманием сообщение историка о том, что в конце V в. в Менуфисе постоянно проживали некие клирики (Zach. V. Sev. 40 (30–31)). Представляется очевидным, что эти клирики не просто жили в городе, но и служили в местной церкви. Традиция сохранила данные о существовании в Менуфисе лишь одного христианского святилища — церкви Евангелистов.

культа мучеников-врачевателей. Нахождение останков ранее никому неизвестных мучеников (на местонахождение мощей молившемуся об избавлении от «демоницы» Кириллу якобы указал подозрительно своевременно явившийся ему ангел) (Soph. Laud. 27 (PG 87.3, 3413); Vita SS. Cyri et Ioannis. I. (PG 87.3, 3693–3696)), а также сходство традиционной формы ритуального обращения к языческой богини (курја — госпожа) с именем одного из новоявленных святых позволяют предположить, что александрийский архиепископ выдумал историю мученичества Кира, Иоанна и самих святых лекарей [Athanasiasi P., 1993, p. 15; Csepregi I., 2015, p. 54]. Очевидно, для борьбы с популярностью языческого оракула среди местных жителей церковные власти Александрии осознанно создавали христианскую альтернативу культу Исиды¹⁶.

Судя по всему, на протяжении почти всего V в. попытки Кира и Иоанна оспорить власть «Госпожи» над Менуфисом не имели сколь-либо заметного успеха. Подробно описавший деятельность культа Исиды в конце столетия миафизитский историк ни словом не упоминал о том, что по соседству с языческим святилищем располагался христианский мартырий¹⁷. Рост популярности святых лекарей начался лишь после того, как святилище Исиды было разрушено в ходе языческого погрома, организованного патриархом Петром Монгом во второй половине 80-х годов V столетия¹⁸. Укрепление позиций Кира и Иоанна, во-видимому, было также связано с рецепцией некоторых практик, традиционно ассоциировавшихся с обрядами «Госпожи». В частности, с конца V в. в арсенале средств Кира и Иоанна появляется ритуальная инкубация¹⁹. С этого времени их мартырий начали посещать не только христиане, но и некоторые последователи традиционных культов, изначально скептически настроенные по отношению к христианским святым. В VI в. культ святых бессребреников получил всеимперскую известность, а Кир и Иоанн стали почитаться как вернейшие заступники за болящих [Моисеева С.А. и др., 2014]. Под влиянием культа Кира и Иоанна богиня и само старое название ее города начали забываться. Постепенно Менуфис и близлежащий Каноп стали известны под именем первого из святых врачей — Абукир.

В начале VII в. Софроний Иерусалимский, некогда сам совершивший паломничество в святилище врачей-бессребреников, перечислил в сборнике «*Miracula Cyri et Ioannis*» почти 70 примеров чудесных исцелений, дарованных пришедшим в Менуфис больным, являвшимися им во сне мучениками. В частности, Софроний передавал историю некоего криптоязычника Агапия, который приезжал в Менуфис с целью получить исцеление от Кира и Иоанна. Согласно свидетельству патриарха, «безбожник» не раскаялся в своих заблуждениях и умер (Soph. Mir. 32). Еще одним тайным идолопоклонником, который обращался к мученикам с просьбой о помощи, был ятрософист Гессий. По данным «*Miracula*», за некоторое время до начала бо-

¹⁶ Следует отметить, что некоторые исследователи высказывали сомнения в том, что почитание Кира и Иоанна началось при патриархе Кирилле. Так, исходя прежде всего из отсутствия упоминаний о мучениках в труде Захарии, Гаску предполагал, что этот культ появился в Менуфисе лишь к концу V — началу VI вв. [Gascoi J., 2006, p. 1–35]. Впрочем, молчание миафизитского агиографа могло быть связано не с его неосведомленностью, а с нежеланием упоминать о существовании в Египте ненавистных ему халкедонитов [Soph. Mir. 8; Montserrat D., 1998, p. 265–266; Watts E., 2009, p. 125; Watts E.J., 2010, p. 267]. Другие аргументы в пользу существования культа Кира и Иоанна в V в. см.: Ibid. 8, прим. 38. Мы придерживаемся традиционной версии возникновения культа мучеников Кира и Иоанна, согласно которой зарождение почитания врачей-бессребреников в Менуфисе относится к первым десятилетиям V в. Краткий обзор дискуссии Уаттса, Кэмерона и Гаску о достоверности свидетельств Захарии см.: *Renberg G.H.*, 2017, p. 376. Историографию проблемы см.: сторонники традиционной теории: *Lampada D.*, 2015, p. 55; противники: Ibid., p. 58.

¹⁷ О причинах молчания Захарии см. выше.

¹⁸ Подробную историографию языческого погрома в Александрии см.: *Szabat E.*, 2012, p. 155.

¹⁹ По-видимому, инкубация первоначально не входила в число ритуальных практик культа Кира и Иоанна. На это, в частности, указывает тот факт, что основатель культа Кирилл Александрийский неоднократно резко отрицательно высказывался о возможности получения исцеления во сне [Sansterre J.-M., 1991, p. 72].

лезни знаменитый врач был вынужден обратиться в христианство из страха за свою жизнь²⁰. Впрочем, его крещение было фиктивным: формально приняв новую веру, он продолжал критиковать христианство. Согласно рассказу агиографа, после того как Гессий занемог, ему не помогло все его врачебное искусство и надменный интеллектуал был вынужден вымаливать спасение у Кира и Иоанна. Получив помощь от явившихся ему во сне святых, он, тем не менее, упорствовал в своем безбожии и отказывался признать чудесный характер исцеления. По данным Софрония, Гессий уверовал лишь после того, как болезнь вернулась и он был вторично вылечен мучениками (Soph. Mir. 30).

Таким образом, в Менуфисе языческий культ Исиды-целительницы был подменен функционально тождественным ему культом христианских врачей-мучеников Кира и Иоанна. На определенном этапе своего развития христианский культ перенял инкубационные ритуалы, ранее ассоциировавшиеся с языческой богиней. По-видимому, рецепция языческого ритуала способствовала распространению христианства в регионе и привлечению к новой вере почитателей древних богов.

Еще один случай трансформации целительного культа произошел в Малой Азии. Здесь было распространен культ сына Зевса и одного из героев Троянской войны Сарпедона, считавшегося божественным лекарем и покровителем страждущих. Поклонение Сарпедону было широко распространено во многих регионах полуострова²¹. Особую популярность полубог стяжал среди язычников Исаурии и Киликии, где он, по-видимому, стал ассоциироваться с еще одним богом-целителем — Аполлоном (Diod. Sic. XXXII.10. 2; Zos. I. 57.3; MT. 11; 18; 40) [Dagron G., 1978, p. 85–87; MacKay T., 1990, p. 2112; Nissen C., 2001, p. 115–118; Johnson S.F., 2006, p. 124–125]²². Находившийся неподалеку от Селевкии на Каликадне оракул Сарпедона был известным центром паломничества. Приходившие туда идолопоклонники верили, что посылаемые «искуснейшим из целителей» (MT. 11) сны способны указать лекарство от любой хвори.

В IV в. у селевкийского Сарпедона объявился конкурент — первомученица Фекла, которая, по одной из версий ее «Жития», заживо скрылась в недрах земли, чтобы присматривать за своим родным городом и его жителями (Vita Thecl. 28. Ср. Act. Paul. et Thecl. Ex cod. G (Acta Apostolorum Aposcrypha I). 271–272). Уже через несколько десятилетий после официального признания новой веры христиане начали воспринимать Феклу в качестве небесной заступницы митрополии Исаурии. В одной из своих речей Григорий Назианзин именовал Селевкию «городом святой доблестной девы Феклы» (Greg. Naz. XXI.22). Уже к середине IV в. неподалеку от Селевкии (возможно, построенные на том самом месте, где некогда располагался оракул полу-

²⁰ Афанассиади считала, что крещение Гессия произошло до или во время гонения на языческих интеллектуалов при императоре Зеноне (Athanassiadi P., 1993, p. 20). Не так давно Уаттс высказал сомнения в достоверности свидетельств «Miraculae» о крещении врача. Свои аргументы он строил на данных двух текстов начала VI в. (сочинение Захарии «О вечности мира» и «Жизни Исидора» Дамаския Схоларха), в которых ятрософист представал убежденным последователем традиционных культов [Watts E., 2009, p. 126–127]. Впрочем, его обращение вполне могло состояться и после написания указанных выше произведений. Из свидетельства жившего во второй половине VI в. Стефана Афинского, который, по-видимому, лично знал Гессия [Westerink L.G., 1985, p. 20], следует, что ятрософист вполне мог дожить до времен императора Юстиниана I. Таким образом, нельзя исключать, что Гессий согласился формально примкнуть к господствующей религии из страха перед суровым антиязыческим законодательством нового Августа. Об антиязыческих законах Юстиниана см.: Ведешкин М.А., 2016, с. 786–791.

²¹ Тертуллиан упоминал о существовании оракула Сарпедона в Троаде (De anim. XLVI.11). Впрочем, возможно, христианский апологет просто неправильно локализовал святилище [Nissen C., 2001, p. 123–124].

²² В «Географии» Страбона (XIV.5.19) упоминается о существовании у Селевкии оракула Сарпедонской Артемиды. Вероятно, это свидетельство является результатом ошибки автора или переписчика, спутавшего Артемиду с ее божественным братом Аполлоном [MacKay T., 1990, p. 1112]. Впрочем, ряд исследователей допускают возможность того, что в святилище Сарпедона воздавались почести обоим детям Леты. Аргументы сторонников версии о двойном культе Артемиды-Аполлона см.: Nissen C., 2001, p. 116–118.

бога) (MT. 1) [Bayliss R., 2004, p. 89; Renberg G.H. 2017, p. 531] была возведена церковь Феклы²³. Вскоре рядом с ней появился женский монастырь. К концу столетия Селевкия стала важным центром христианского паломничества. В 379–380 гг. помолиться в храме первомученицы приезжала знаменитая Эгерия (Aeg. Itin. 23), в начале V в. — сирийские монахини Марана и Кира (Theod. Hist. Rel. 49.7). Исключительный статус культа Феклы был отмечен властями: в конце 70-х годов V в. император Зенон распорядился украсить ее святилище «новым огромнейшим, отличающимся высотой и красотой храмом... многими и [поистине] царскими дарами» (Evagr. HE. 3.8)²⁴.

На определенном этапе своего развития культ первомученицы перенял²⁵ практику ритуальной инкубации: по мнению ее почитателей, святая нередко давала рекомендации по лечению того или иного заболевания, являясь больным во сне (MT. 8, 11, 12, 14, 40)²⁶. В V в. между двумя культами, языческим и христианским, велась активная борьба за верующих. Эта конфронтация нашла отражение в агиографическом сборнике «Miracula Sanctae Theclae», составленном около 470 г. анонимным клириком из Селевкии Исаурийской²⁷. Повествование о чудесах первомученицы начиналось с описания эпического противостояния между святой и полубогом, в ходе которого Фекла ожидаемо взяла верх, «упокоила» Сарпедона и заставила его оракул «замолчать» (MT. 1). Вслед за этим Фекла изгнала из окрестностей города прочих «демонов» и утвердила свою «духовную власть» над Селевкией (MT. 2–4). Впрочем, если агиограф и не испытывал никаких сомнений в том, что Афина, Афродита и Зевс покинули город, то в отношении Сарпедона он не был так уверен (MT. 1). Повесть о первом чуде Феклы обращавшийся к своим согражданам автор начинал словами: «Всем известен Аполлон-Сарпедонец» (Ibid.). Сомнения автора «Miracula» были вполне обоснованы. Современные ему язычники усердно молились полубогу и, якобы, получали от него наставления и исцеления²⁸.

Несколько описанных в сборнике сюжетов отражает сосуществование и конкуренцию двух культов. Так, в рассказе о заболевшем золотухой мальчике-христианине Аврелиане сообщается, что его бабушка-язычница усердно молилась Сарпедону-Аполлону, чтобы найти лекарство, способное исцелить внука. В ответ на ее мольбы ночью ей привиделась женщина, сообщившая верное средство от болезни. По мнению автора «Miracula», таинственной незнакомкой была Фекла (*quelle surprise!*), пожалевшая маленького последователя новой веры и решившая пристыдить старую язычницу (MT. 11). В другой повести описывается обращение некой Абы,

²³ По-видимому, ее упоминал в своей поэтической автобиографии Григорий Назианзин (De vita. 546–548).

²⁴ Данные Евагрия подтверждаются археологами. О раскопках храмового комплекса Ая Текла в Силифке см.: Hill S., 1996, p. 208–225; Kristensen T., 2016.

²⁵ Упоминания о связи культа Феклы с ритуальной инкубацией появляются не ранее второй половины V в.

²⁶ Новейшую историографию культа Феклы в Селевкии см.: Kristensen T., 2016, p. 230–231.

²⁷ Исходя из свидетельства патриарха Фотия (Phot. Bibl. 168), авторство сборника традиционно приписывалось довольно заметному участнику христологических споров середины V в. Василию, епископу Селевкийскому (см., например, PG. 85. 462). Эта идентификация неверна. Один из сюжетов сборника посвящен конфликту автора с упомянутым выше Василием, который на время отлучил агиографа от служения (MT. 12). Поскольку Василий никак не мог отлучить сам себя, создателем «Miracula» он, очевидно, не являлся. Подробнее об авторстве и времени составления текста см.: Dagron G., 1978, p. 13–18.

²⁸ Граф справедливо отмечал, что публичное отправление культа Сарпедона-Аполлона, скорее всего, прекратилось еще в IV в., когда его храм был разрушен христианами. Из этого он делал вывод о том, что между культами Сарпедона и Феклы не могло существовать никакой преемственности [Graf F., 2016, p. 258–259]. Вместе с тем данные «Miracula» однозначно свидетельствуют, что жившие в Селевкии и ее окрестностях язычники продолжали чтить полубога частным образом (см., например: MT. 11, 18, 40). Таким образом, гипотеза об параллельном существовании двух инкубационных культов, языческого и христианского, представляется вполне обоснованной.

сломавшей ногу язычницы, безуспешно просившей о помощи Сарпедона, затем неких иудейских заклинателей и, наконец, Феклу, которая и вылечила больную женщину, попутно обратив ее в христианство (Ibid. 18). Пожалуй, самым удивительным рассказом сборника, наглядно демонстрирующим и параллельное существование обоих культов, и феномен двоеверия в Селевкии, является сообщение об исцелении языческого софиста Аретарха. Прихворав почками, он молил Сарпедона о помощи, и тот, по словам самого софиста, присоветовал Аретарху обратиться к своей христианской сопернице. В результате Фекла вылечила язычника, но к разочарованию городских христиан, за свое исцеление софист благодарил полубога, отправившего его «на прием» к мученице (Ibid. 40).

Таким образом, в Селевкии произошел процесс интеграции ритуальных практик языческого культа в новый культ христианской мученицы. Культ Феклы функционально дублировал культ Сарпедона и тем самым облегчил процесс обращения местного населения в новую веру. Примечательно, что на протяжении IV в. и большей части V в. два культа сосуществовали. Причем некоторые язычники, не стесняясь, принимали помощь от христианской святой, которая, судя по всему, воспринималась ими как младшая коллега отеческого Сарпедона.

Еще один пример эволюции ритуального исцеления в поздней Римской империи мы находим в Афинах. Одним из знаменитейших святилищ города был храм Асклепия²⁹, расположенный у южного склона Акрополя³⁰. Этот заложенный еще во времена Пелопонесской войны храм благополучно продолжал функционировать и в V в., спустя десятилетия после формального запрета на отправление языческих культов. Афины долго оставались островком языческого мира в христианской державе. Сохранению традиционных обрядов богопочитания способствовали сравнительная слабость христианской общины³¹, веротерпимое равнодушие представителей государственной власти, по-видимому предпочитавших сквозь пальцы смотреть на причуды «города философов», религиозный консерватизм местной аристократии³², а также влияние неоплатонической Академии, по праву считавшейся одним из первых училищ империи. В отличие от большинства почитателей древних культов, которые были вынуждены молиться Асклепия украдкой³³, афинские язычники почитали божественного врача, почти не таясь. Марин Неаполитанский упоминал, что еще в середине V столетия³⁴ его наставник Прокл более-менее открыто приносил жертвы в храме Асклепия (Marin. V. Procl. 18)³⁵.

²⁹ Обстоятельный обзор историографии культа Асклепия в классической и поздней античности см.: Renberg G.H., 2017, p. 115–116.

³⁰ Об афинском святилище бога-врачевателя см.: Ibid., p. 133–136.

³¹ Христианская община Афин по сути никак не проявляла себя до середины V в. Слабость последователей новой веры в городе, в частности, демонстрируется тем фактом, что первая церковь появилась в центре города не ранее второй четверти столетия [Frantz A. et al., 1988, p. 72–73]. Причем эта постройка, по-видимому, была возведена не по решению жителей города, а по прямому распоряжению императорской четы [Karivieri A., 1994a, p. 111–113]. Первые попытки как-то воспрепятствовать отправлению языческих культов в Афинах относятся к середине V в. В результате неизвестного нам в подробностях политического противостояния с христианами схолах Прокл был вынужден временно покинуть город (Marin. V. Procl. 15) [Watts E., 2006, p. 105–106]. На рубеже V и VI вв. один из наследников Прокла, схолах Гегий был обвинен в отправлении языческого культа. Впрочем, судя по всему, весь процесс ограничился лишь нереализованной угрозой конфискации имущества (Dam. V. Isid., 145B). Здесь следует отметить, что даже коллеги Гегия считали его излишне, демонстративно религиозным [Watts E., 2006, p. 123–125].

³² Об афинской знати IV–V вв. и ее религиозных пристрастиях см.: Frantz A., 1965, p. 192; Trombley F.R., 2001, p. 324–328; Watts E., 2016, p. 201–209.

³³ См. свидетельство Феодорита Киррского (Theod. Graec. Affect. Cur. VIII. 20–23). О популярности Асклепия среди восточноримских язычников конца IV–V вв. свидетельствуют данные ономастики: многие последователи отеческих культов при наречении своих детей избирали имя, так или иначе связанное с богом-врачевателем [Jones A.H.M. et al., 1971, p. 114–116; Martindale J.R., 1980, p. 158–162].

³⁴ О времени священнодействий Прокла в храме Асклепия см.: Watts E., 2006, p. 107.

³⁵ Cp. Dam. V. Isid., p. 224–225 (89A).

Философы-неоплатоники считали покровителя врачевания одной из космических сил, спасителем человеческого рода от страданий и болезней³⁶. Исключительное внимание представителей афинской школы к богу выделялось даже на фоне общего почтения к Асклепию последователей Плотина, Порфирия и Ямвлиха. Для афинских неоплатоников связь с культом Асклепия была данью семейной традиции основателя школы Плутарха, предки которого, по всей видимости, были жрецами храма Асклепия в Эпидавре [Jones A.H.M. et al., 1971, p. 707; Castrén P., 1989, p. 46–47; Castrén P., 1994, p. 6–7]. Фактически Асклепий почитался одним из покровителей рода первого схолаха³⁷, а также его духовных детей и внуков — учеников основанной им школы³⁸.

С первых десятилетий существования культа значительную роль в нем играла практика ритуальной инкубации. Так, еще в начале III в. до н. э. к храму был пристроен dormitorio³⁹. В период поздней Античности верующие язычники продолжали следовать древнему обычаю и ночевали в святилище в надежде обрести помощь божественного лекаря. Согласно Дамаскию, в расчете на получение исцеляющего оракула в притворе Асклепейона проводил ночи философ Плутарх, возглавлявший неоплатоническую Академию в конце IV — первой трети V вв. (Dam. V. Isid. P. 224–225 (89A)). Марин рассказывал, что божество дважды являлось Проклу, когда он спал в собственной постели: в первый раз в обличье змея, второй — в образе путника из Эпидавра — города, где располагалось прославленное святилище Асклепия (Marin. V. Procl. 31)⁴⁰.

Однако веяния эпохи дошли и до Афин. Ближе к концу V столетия храм бога-целителя был закрыт⁴¹. Вскоре на его руинах появилась христианская церковь⁴², освященная в честь Андрея Первозванного, считавшегося святым покровителем болящих (посвящение апостолу найдено на одном из граффити, выбитых на стенах храма)⁴³. Вероятно, христианская община города решила пойти по пути, проложенному церковными властями Александрии и Селевкии Исаврийской, и подменить языческого бога-целителя образом святого лекаря. Это предположение в целом подтверждается данными археологии. Раскопки христианского святилища показывают, что при нем находилось помещение, исполнявшее функции dormitorio [Gregory T.E., 1986, p. 238–239]. По-видимому, связь этого места с ритуальным врачеванием со-

³⁶ О восприятии Асклепия в трудах философов-неоплатоников см.: Афонасин Е.В., Афонасина А.С., 2016, с. 261–269.

³⁷ О связи рода с культом Асклепия свидетельствуют и традиции имянаречения в семье Плутарха. Дочь и правнучка философа носили имя Асклепигенея. О них см.: Martindale J.R., 1980, p. 129 (Asclepigeneia I; Asclepigeneia II).

³⁸ Плутарх именовал Прокла своим «ребенком», хотя между ними не было кровного родства (Marin. V. Procl. 12). В свою очередь, Прокл впоследствии именовал Плутарха своего учителя Сириана «родителем», а его учителя Плутарха — «дедом» (Marin. V. Procl. 29). Cp. Procl. In Parm. 1058. 22. О позднеантичном восприятии школы как «второй семьи», а учителя как «родителя» см.: Petit P., 1957, p. 35–36; Cribiore R., 2007, p. 138–143; Watts E., 2012, p. 472.

³⁹ Библиографию см.: Renberg G.H., 2017, p. 133.

⁴⁰ Вероятно, бог-врачеватель не брезговал и «вызовами на дом», в особенности если жилище «пациента» находилось неподалеку от его храма. Согласно Марину, дом Плутарха, который унаследовали его приемники Сириан и Прокл, располагался совсем неподалеку от афинского Асклепейона (Marin. V. Procl. 29). Свидетельство древнего автора полностью подтверждаются данными археологии [Karivieri A., 1994b; Afonasin A., Afonasin E., 2014].

⁴¹ Храм был уже разрушен, когда вскоре после смерти Прокла Марин взялся писать биографию своего учителя (Marin. V. Procl. 29). По мнению Тромбли, разрушение афинского Асклепейона было совершено в ряду прочих антиязыческих акций правительства императора Зенона, мстившего почитателям традиционных культов за поддержку узурпации Илла и Леонтия [Trombley F.R., 2001, p. 342–344, 370–529]. Впрочем, нельзя исключать вероятности того, что причиной запустения святилища стало землетрясение [Frantz A., 1965, p. 195].

⁴² По-видимому, церковь была возведена в конце V — первой трети VI вв. О датировке постройки см.: Melfi M., 2007, p. 405; Graf F., 2016, p. 256–257.

⁴³ Публикацию и обсуждение надписи см.: Creaghan J.S., Raubitschek A.E., 1947, p. 29.

хранялась и позднее. В конце VI или, возможно, в VII в. стоявшая на руинах Асклепейона церковь была расширена и переосвящена в честь святых врачей-бессребренников [Csepregi I., 2015, p. 51].

Примеры континуитета целительных культов не ограничиваются Менуфисом, Селевкией и Афинами. Сходная трансформация произошла в палестинском Доре, где храм Аполлона и Асклепия был превращен в христианский мавзолей, хранивший мощи двух святых лекарей [Dauphin C., 1999, p. 424–425]⁴⁴, а также в Пирее, где на месте храма Асклепия в VI в. была воздвигнута церковь Космы и Дамиана [Csepregi I., 2015, p. 50]. Нередко сохранение древних ритуалов сопровождалось распространением двоеверия. Например, в VI в. жившие в Константинополе идолопоклонники приходили в храм Космы и Дамиана⁴⁵, где возносили мольбы божественным врачевателям Кастору и Поллуксу (MCD. 9, ed. Deubner), культ которых, по сообщению Гесихия Милетского, существовал в древней Византии (Hesych. Patr. Const. 15 (13))⁴⁶. Сходная ситуация наблюдалась и в киликийской Эгее, где вплоть до второй половины IV в. стоял знаменитый на всю империю храм Асклепия, в котором активно практиковалась ритуальная инкубация⁴⁷. Уже после разрушения этого святилища захворавшие язычники оставались на ночь в местном храме Св. Феклы и, излечившись, по-видимому, приписывали свое исцеление заслугам богу-покровителю города (MT. 39)⁴⁸.

На основании изложенных выше фактов представляется возможным сделать следующие выводы. Культы христианских святых лекарей часто развивались в регионах, где ранее действовали культы языческих богов-врачевателей. В ряде случаев христиане сознатель-

но стремились подменить языческий культ функционально сходным культом святого врача, причем обряды нового культа нередко дублировали укоренившиеся ритуалы язычников (в частности, инкубацию). Нередко внедрение христианского культа приводило к возникновению в регионе феномена «двоеверия»: язычники посещали христианские церкви, полагая, что их божества смогут вылечить их и в святилищах «галилеян». Иногда получившие помощь от христианского святого последователи традиционных культов обращались в новую веру⁴⁹, но не менее часто, вылечившись, они уходили из церкви в уверенности, что в их исцелении поучаствовали отеческие боги.

БИБЛИОГРАФИЯ

- Афонасин Е.В., Афонасина А.С. Неолатонический Асклепий // Scholae. Философское антиковедение и классическая традиция. — 2016. — Т. 10(1). — С. 260–280.
- Ведешкин М.А. Веротерпимость и коррупция в ранней Византии: к вопросу о сохранении языческих культов в христианской империи // Византийский временник. — 2018а. — № 101. — С. 42–56.
- Ведешкин М.А. От богов-целителей к святым лекарям: трансформация и континуитет пространства ритуальной медицины в поздней античности // Электронный научно-образовательный журнал «История». — 2020. — Т. 11. — Вып. 4 (90). — <https://history.jes.su/s207987840009802-1-1/> (февраль, 2021).
- Ведешкин М.А. Правовой статус язычников и языческих культов в Римской империи IV–VI вв.: законодательство и практика // Император Юлиан. Полное собрание творений. — СПб., 2016. — С. 749–791.
- Ведешкин М.А. Языческая оппозиция христианизации Римской империи IV–VI вв. — СПб., 2018.
- Моисеева С.А., Крюкова А.Н. и др. Кир и Иоанн // Православная энциклопедия. — 2014. — Т. XXXIV. — С. 71–75.
- Afonasina A., Afonasin E. The houses of philosophical schools in Athens // Scholae. Философское антиковедение и классическая традиция. — 2014. — № 8. — С. 9–23.
- Allen P. Sophronius of Jerusalem and Seventh-Century Heresy: The Synodical Letter and Other Documents. — New York, 2009.
- Athanassiadi P. Persecution and Response in Late Paganism: The Evidence of Damascius // The Journal of Hellenic Studies. — 1993. — Vol. 113. — P. 1–29.
- Bayliss R. Provincial Cilicia and the Archaeology of Temple Conversion. — Oxford, 2004.
- Cameron A. Poets and pagans in Byzantine Egypt // In: Egypt in the Byzantine World, 300–700 / Ed. by R. Bagnall. — Cambridge, 2006. — P. 21–46.
- Cameron A., Hall S. Eusebius. Life of Constantine. — Oxford, 1999.
- Castrén P. General Aspects of Life in Post-Herulian Athens // In: Post-Herulian Athens: aspects of life and culture in Athens, A.D. 267–529 / Ed. by Castrén. — Helsinki, 1994. — P. 1–14.

⁴⁹ Помимо упомянутого выше случая ятрософиста Гессия сведения об обращении язычников через исцеление приводятся в «Miracula Sanctae Theclae» (MT. 9) и в «Cosmae et Damiani vita et miracula» (MCD. 9, ed. Deubner).

- Castrén P.* The Post-Herulian Revival of Athens // Bulletin Supplement (University of London. Institute of Classical Studies). — 1989. — Vol. 55. — P. 45–49.
- Creaghan J.S., Raubitschek A.E.* Early Christian epitaphs from Athens // *Hesperia*. — 1947. — Vol. 16. — P. 1–62.
- Cribiore R.* The school of Libanius in late antique Antioch. — Princeton, 2007.
- Csepregi I.* Christian Transformation of Pagan Cult Places: The Case of Aegae, Cilicia // In: Continuity and destruction in the Greek East: the transformation of monumental space from the Hellenistic period to Late Antiquity BAR international series / Ed. by S. Chandrasekaran, A. Kouremenos. — Oxford, 2015. — P. 49–57.
- Dagron G.* Vie et miracles de sainte Thècle. — Bruxelles: Société des Bollandistes, 1978.
- Dauphin C.* From Apollo and Asclepius to Christ: pilgrimage and healing at the temple and episcopal basilica of Dor // *Liber Anuus*. — 1999. — Vol. 49. — P. 397–430.
- Deubner L.* De incubatione capita quattuor. — Lipsiae, 1900.
- Deubner L.* Kosmas und Damian: Texte und Einleitung. — Leipzig, Berlin, 1907.
- Dijkstra J.* Religious encounters on the southern Egyptian frontier in Late Antiquity (AD 298–642). — Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 2005.
- Frankfurter D.* Religion in Roman Egypt: Assimilation and Resistance. — Princeton, 1998.
- Frantz A.* From Paganism to Christianity in the Temples of Athens // *Dumbarton Oaks Papers*. — 1965. — Vol. 19. — P. 185–205.
- Frantz A., Thompson H.A., Travlos J.* Late Antiquity: A.D. 267–700 // *The Athenian Agora*. — 1988. — Vol. 24. — P. 111–156.
- Gasco J.* Les origines du culte des saints Cyr et Jean // *Analecta Bollandiana*. — 2006. — Vol. halshs-00009140. — P. 1–35.
- Graf F.* Roman Festivals in the Greek East: From the Early Empire to the Middle Byzantine Era. — Cambridge, 2016.
- Gregory T.E.* The Survival of Paganism in Christian Greece: A Critical Essay // *The American Journal of Philology*. — 1986. — Vol. 107(2). — P. 229–242.
- Haas C.* Alexandria in late antiquity: topography and social conflict. — Baltimore, 1997.
- Hahn J.* The conversion of the cult statues: the destruction of the Serapeum 392 a.d. and the transformation of Alexandria into the “Christ-loving” city // In: From Temple to Church: Destruction and Renewal of Local Cultic Topography in Late Antiquity / Ed. by J. Hahn, S.E. Emmel, U. Gotter. — Leiden: Brill, 2008. — P. 336–367.
- Hill S.* The Early Byzantine Churches of Cilicia and Isauria. — Aldershot, Brookfield, 1996.
- Johnson S.F.* The Life and Miracles of Thekla: A Literary Study. — Washington, Cambridge, 2006.
- Jones A.H.M., Martindale J.R., Morris J.* The Prosopography of the Later Roman Empire. Vol. I: A.D. 260–395. — Cambridge: Cambridge University Press, 1971.
- Kaplow L.* Religious and Intercommunal Violence in Alexandria in the 4th and 5th centuries CE // *The McGill Journal of Classical Studies*. — 2005. — Vol. IV. — P. 2–26.
- Karivieri A.* The House of Proclus; on the Southern Slope of the Acropolis: A Contribution // In: Post-Herulian Athens: Papers and Monographs of the Finnish Institute at Athens / Ed. by Castrén. — Helsinki, 1994b. — P. 115–139.
- Karivieri A.* The so-called library of Hadrian and the Tetraconch Church in Athens // In: Post-Herulian Athens: Papers and Monographs of the Finnish Institute at Athens / Ed. by Castrén. — Helsinki, 1994a. — P. 89–114.
- Kayser F.* Oreilles et couronnes. À propos des cultes de Canope // *BIFAO*. — 1992. — Vol. 91. — P. 200–217.
- Kristensen T.* Landscape, Space, and Presence in the Cult of Thekla at Meriamlik // *Journal of Early Christian Studies*. — 2016. — Vol. 24. — P. 229–263.
- Lampada D.* The Cult of Martyrs and Politics of Sainthood in Patriarch Cyril’s Alexandria // In: Saints and the City: Beiträge zum Verständnis urbaner Sakralität in christlichen Gemeinschaften / Ed. by M.C. Ferrari. — Erlangen, 2015. — P. 53–72.
- MacKay T.* The Major Sanctuaries of Pamphylia and Cilicia // *ANRW*. — 1990. — Vol. 18(3). — P. 2045–2129.
- Martindale J.R.* The Prosopography of the Later Roman Empire. Vol. II: AD 395–527. — Cambridge: Cambridge University Press, 1980. — P. 395–527.
- McGuckin J.A.* The Influence of the Isis Cult on St. Cyril of Alexandria’s Christology // *Studia Patristica*. — 1993. — Vol. XXIV(6). — P. 291–299.
- Melfi M.* I santuari di Asclepio in Grecia. — Roma: L’Erma di Bretschneider, 2007.
- Montserrat D.* Pilgrimage to the Shrine of SS Cyrus and John at Menouthis in Late Antiquity // In: Pilgrimage and Holy Space in Late Antique Egypt / Ed. by D. Frankfurter. — Leiden: Brill, 1998. — P. 257–279.
- Nissen C.* Un oracle médical de Sarpédon à Séleucie du Calycadnos // *Kernos. Revue internationale et pluridisciplinaire de religion grecque antique*. — 2001. — Vol. 14. — P. 111–131.
- Petit P.* Les étudiants de Libanius. — Paris, 1957.
- Renberg G.* Where Dreams May Come: Incubation Sanctuaries in the Greco-Roman World. — Leiden, Boston, 2017.
- Russell N.* Theophilus of Alexandria. — New York, 2006.
- Sansterre J.-M.* Apparitions et miracles à Ménouthis: de l’incubation païenne à l’incubation chrétienne // *Problèmes d’histoire des religions*. — 1991. — Vol. 2. — P. 69–83.
- Szabat E.* The “Great Persecutions” of Pagans in the 5th Century Alexandria // *Palamedes*. — 2012. — Vol. 7(1). — P. 155–176.
- Trombley F.R.* Hellenic religion and Christianization. Vol. I–II. — Boston, Leiden, 2001.
- Turner L.* Bioethics and Religions: Religious Traditions and Understandings of Morality, Health, and Illness // *Health Care Analysis*. — 2003. — Vol. 11. — P. 181–197.
- Vidman L.* Sylloge inscriptionum religionis Isiacae et Sarapicae. — Berolini, 1969.
- Watts E.* Athens between East and West: Athenian Elite Self-Presentation and the Durability of Traditional Cult in Late Antiquity // *Greek, Roman, and Byzantine Studies*. — 2016. — Vol. 57(1). — P. 191–213.

- Watts E.* City and school in late antique Athens and Alexandria. — Berkeley, 2006.
- Watts E.* Education: Speaking, Thinking, and Socializing // In: The Oxford Handbook of Late Antiquity / Ed. by S.F. Johnson. — New York, 2012. — P. 467–486.
- Watts E.* The Enduring Legacy of the Iatrosophist Gessius // Greek, Roman, and Byzantine Studies. — 2009. — Vol. 49(1). — P. 113–133.
- Watts E.J.* Riot in Alexandria: Tradition and Group Dynamics in Late Antique Pagan and Christian Communities. — Berkeley, 2010.
- Westerink L.G.* Stephanus of Athens: Commentary on Hippocrates' Aphorisms. Sections I–II. — Berlin, 1985.
- Zytka M.J.* Baths and bathing in late Antiquity. PhD Thesis. — Cardiff, 2013.

In the modern era of the development of bioethical knowledge, special attention is paid to issues relating to medical culture, one of which is the relationship between physician and patient. Social norms and stereotypes, which influence mutual perception between physician and patient, play a crucial role in this area. The actual social status of medical personnel, which is shaped by a plurality of economic and public (including formal and legal) factors, has a considerable, and sometimes determining the influence on the patient's perception of the attending physician, members of the medical community and medicine in general. Therefore, the social status of medical personnel is one of the key factors influencing the functioning of the health system.

The status of the physician is influenced not only by present-day developments but also social conventions and stereotypes typical of preceding eras. The social image of the medical professional essentially bears the footprints of the social status of counterparts who lived many generations before. Therefore, the study of the social status of medical professionals necessitates the examination of the development of this phenomenon in a historical context. In this regard, the analysis of the status of the physician in critical eras is of particular interest.

For Europe, Western Asia and North Africa, one of such periods was the Late Antiquity (late 3rd — 6th century AD) — the era of the fundamental break from the old, ancient society and the birth of a new Middle-Age society. Despite that during this period a variety of social phenomena typical of classical antiquity ceased to exist, many social institutions remained in place and continued to develop amid a rapidly changing socio-political and economic environment. This fully relates to medicine. The Late Antiquity inherited a strong health system from the golden age of the Roman Empire.

Various aspects of medicine and medical practice in the late Roman Empire were studied in great detail in the works of V. Nutton [Nutton V., 1977, 2012a; Nutton V., 2012b, p. 292–309], B. Baldwin [Baldwin B., 1984] and partly A.E. Jones [Jones A.E., 2014, p. 250–283] (who, nevertheless, primarily drew on materials from post-Roman Gaul in the 5th–7th centuries). However, research literature tends to understate the social and political significance of physicians in that era. For instance, in one of his papers discussing East Roman diplomacy, renowned Byzantine scholar R.C. Blockley argued that the reputation and status of physicians in the late Roman Empire remained low [Blockley R.C., 1980, p. 90].

According to common belief, the art of healing during the late Republic and the early empire was not highly appreciated, and the profession of physician was not prestigious, which was primarily a consequence of the low social status of practicing physicians in Rome. Most of them were slaves or emancipated Greek serfs, who had a lower social status than freeborn Romans [Jackson R., 1988, p. 56]. The contempt for medicine as an occupation not worthy of a Roman citizen was also transferred to physicians; there is abundant evidence in the works of Roman writers from 1st century BC to 1st century AD of the disdain among the wealthy towards medical professionals¹.

Unlike the upper echelons of Roman society, which were in thrall to social prejudice and stereotypes, the government of the empire fully recognised the value and necessity of the work of physicians. Julius Caesar, who granted citizenship rights to practicing physicians in Rome, was the first to

patronise physicians². Under Emperor Augustus, physicians were exempted from municipal duties³. These privileges were subsequently kept in place by emperors from the Flavian and Antonine dynasties which, nevertheless, limited the circle of physicians exempt from the burden of municipal liturgy [Israelowich I., 2015, p. 26–28].

Thanks to the efforts of the Caesars and the general decline of xenophobia in the society, which gradually became more cosmopolitan owing to cultural integration of the Roman society and the devaluation of Roman citizenship, the social status of physicians began to rise. As early as the second half of the 2nd century, the recently despised profession became respectable, and some prominent physicians (for example, the great Galen) gained fame across the empire. By the late 3rd — early 4th century, the new status of physicians had finally gained a foothold in Roman society. There are known cases of municipal-funded statues in honour of physicians who had benefited various cities with their art⁴.

There is no information about slave physicians or emancipated serf physicians in 4th–5th century sources. In contrast, the absolute majority of physicians mentioned in sources from this period belonged to the upper crust of Roman society. Abundant evidence of personal ties between physicians and members of the provincial and capital aristocracy suggests that the status of physicians had vastly improved. For instance, members of the Roman elite in the late 4th — early 5th century Quintus Aurelius Symmachus and Macrobius were in awe of physician Disarius⁵. Physician Justus was a friend of one of the leaders of the Gallic aristocracy Sidonius Apollinaris⁶. The preeminent member of the pentapolitan elite Synesius of Cyrene exchanged letters with physician Theodore⁷. Therefore physicians not only enjoyed social respect, but were seen as equals to the elite of Roman society.

From the perspective of political power, the practice of medicine was socially considered important work. The law passed by Emperor Constantine I freed physicians from municipal and national duties. Physicians received government support and protection (including honour and dignity)⁸. Exemption from compulsory service also extended to family members of practicing physicians, primarily their sons⁹. Apparently this decree was primarily meant to create dynasties of physicians¹⁰. In the late Roman Empire, the art of medicine was often passed on from father to son. There are several known medical dynasties of the 4th–6th centuries. For example, famous physicians such as Jacobus Psychrist¹¹ and Alexander of Tralles¹² learnt the art of medicine from their fathers. However, the transfer of medical knowledge by inheritance was not a rule: not all sons followed in the footsteps of their fathers and not all physicians were sons of physicians themselves¹³. Medical education became popular due to the likelihood of a higher social status [Jones A.E., 2014, p. 259] it provided. The empire had many professionals who

² Suetonius. De vita caesarum. Divus Iulius. 43. Hereinafter: Latin texts are quoted from publications in the Packard Humanities Institute Latin Library texts (PHI 5, CD-ROM edition), Greek texts are quoted from publications in The online Thesaurus Linguae Graecae (<http://stephanus.tlg.uci.edu>) (February 2021).

³ Dio Cassius. Historia Romana. LIII. 33.

⁴ Ref., for example, to Supplementum Epigraphicum Graecum. XVIII. 475; the statue of famous 5th century physician Jacobus Psychrist was erected in the Baths of Zeuxippus in Constantinople. Ref.: Ioannes Malalas. Chronographia. XIV.38.

⁵ Symmachus. Epistulae. III.37; IX.44; Macrobius. Saturnalia. I.7.1. For more, ref.: Petrova M.S., 2013.

⁶ Sidonius Apollinaris. Epistulae. II.12.3.

⁷ Synesius. Epistulae. 154.

⁸ Codex Theodosianus. XIII.3.1 [Nutton V., 1977]. By all accounts, government support for physicians was abolished under Justinian I. Ref.: Procop. Anecd. 26. 5.

⁹ Codex Theodosianus. XIII.3.2.

¹⁰ Codex Theodosianus. XIII.3.3, cp. Ibid. XIII.4.2.

¹¹ Damascius. Vita Isidori. Fr. 84.

¹² Alexander Trallianus. Libri XII de re medicina. IV.1

¹³ For instance, the son of physician Decimius Magnus Ausonius preferred the career of grammarian to his father's profession. Ref.: Ausonius. Parentalia. I (III).13.

¹ For examples, ref.: Jones A.E., 2014, p. 252.

paid to train as physicians young men with whom they had no blood relations. Some established their own medical schools¹⁴, while others taught in famous educational institutions. The capital of the Roman province of Egypt remained the largest educational centre for training physicians. The medical school of Alexandria established during the Ptolemaic dynasty was extremely popular and popular education there was very prestigious. According to historian Ammianus Marcellinus, in his time the physician only had to say that he studied in Alexandria to confirm his qualification¹⁵. Unsurprisingly, nearly all young people aspiring to become physicians dreamt of learning from Alexandrian teachers. Among its graduates were such luminaries of late Roman medicine as Sergius of Reshaina, Oribasius, Caesarius, Jacobus, Aëtius of Amida, Paul of Aegina, Hesychius, Damascius, Asclepiodotus and Palladius [Udal'tsova Z.V. et al., 1984, p. 426–427].

Besides physicians living on private practice, from the time of Emperor Antoninus Pius municipalities of the ancient Roman state were allowed to keep public physicians — archiateri (archiatrii) — at the expense of the local, civil collective. The number of public physicians depended on the status of the city. There were normally five, rarely seven physicians. Major cities of the empire had the right to keep up to ten municipal physicians¹⁶. In Rome itself, through the decree of Emperor Valentinian I, an archiater was assigned to each of the 12 of the 14 districts of the city¹⁷. The position of archiater was a lifetime appointment. In the event that one died, elections for a new collegium member were organised by the local medical corporation. The candidacy of a new archiater was supposed to be approved by at least seven active archiateri. In the event of a positive decision, the supported candidate took up a junior position in the collegium¹⁸. That the authorities took the collegium of Roman archiateri seriously is evidenced in a report sent by city prefect Quintus Aurelius Symmachus to the court of Emperor Valentinian II in the year 384. It addressed the eligibility of one candidate. According to this document, one of the high-ranking Roman officials could not personally decide on the matter and had reached out to the emperor for advice¹⁹.

The wages of archiateri depended on their rank in the collegium, length of service, as well as the status of the city²⁰. For example, in the mid-6th century, the most senior member of the collegium of archiateri of the Carthage earned nearly 100 gold solidi, while junior members received 50–70 solidi a year²¹. According to the will of the archiater of Antinopolis in Egypt Flavius Phebammon, his annual salary was 60 solidi [Jones A.H.M., 1986, p. 1012]. The wages of physicians were much higher than those of mid-tier officials and officers in the guard units of the army [Scheidel W., 2015, p. 169].

Municipal support was not the only source of income for public physicians. They were allowed to run private practice and accept gifts from patients. The government made an effort to ensure that the pursuit of additional income did not affect the affordability of medical services: public physicians were required to treat patients who could not afford their services for free. They were also barred from accepting payment if the life of the patient depended on the medical interven-

tion²². Overall, surviving data suggest that medical practice brought significant income, although not all physicians were wealthy [Nutton V., 2012a, p. 11].

The pinnacle of the medical career in the late Roman Empire was the position of physician in ordinary to the emperor (archiatri sacri palatini). Besides all privileges associated with medical work, court archiateri were traditionally awarded 1st or 2nd rank comes²³, which put their status on par with that of duxes²⁴ or vicars²⁵. Furthermore, upon taking up service, they received the honorary title of “vir perfectissimus” or “vir clarissimus”, which opened up access to the senatorial class [Giyani R., 1964, p. 42]. In the 6th century, due to the devaluation of said titles, archiateri received the new title of “vir gloriosissimus” [Martindale J.R., 1992, p. 1259]. Moreover, they were exempt from duties and taxes levied on members of the senatorial class, including the gleba senatoria²⁶ land tax.

The influence and status of court archiateri depended not only and not so much on their formal and legal status as on the opportunity to directly speak with the emperor, who was the absolute ruler of the Roman empire. The emperor's indulgence of archiateri was often evident in the appointment of archiateri to senior positions in the court, as well as political office. For instance, the brother of Gregory of Nazianzus — Caesarius, who served as archiater in the court of Emperor Constantius II, was appointed treasurer (comes thesaurorum)²⁷. Oribasius, who was not only an archiater, but also friend and adviser to Emperor Julian the Apostate²⁸, was appointed quaestor [Olszaniec S., 2013, p. 303–304]. Archiater Vindicianus was appointed proconsul of Africa [Jones A.H.M. et al., 1971, p. 967]. Gallic physician Marcellus was magister officiorum in the court of Theodosius I [Jones A.H.M., 1986, p. 1407]. Some archiateri played a key role in the emperor's court even without holding any positions related to medical practice. For example, senior archiater Jacobus Psychrist²⁹ had considerable power in the court of Emperors Leo and Zeno the Isaurian.

Besides professional work, archiateri were involved in the empire's diplomatic relations with the barbarian world. Under Justinian I, they were often part of diplomatic missions involved in negotiations with Persian Shahanshah Khosrow I. In the year 544, the “renowned physician of his time” Stephen, who accompanied the Roman envoy, delivered a bold speech before the Persian ruler³⁰. Among Roman ambassadors in Persia was physician Uranius, who became a favourite and adviser of Khosrow I³¹. Under Justin II and Tiberius II Constantine, physician Zechariah³² visited the Persian court four times. Under Emperor Maurice, important diplomatic missions to the headquarters of the Avar Khaganate were entrusted to archiater Theodore³³.

Clearly, the demonstration of the achievements of Roman medicine was aimed at bolstering the image of the superiority of the society, science and culture of the Roman Empire. Furthermore, as R. Blockley noted, the rank of archiater was very high, which afforded the embassy great significance³⁴.

²² Codex Theodosianus. XIII.3.8.

²³ Codex Theodosianus. XIII.3.12.

²⁴ Dux — the highest officer rank.

²⁵ Vicar, i.e., the head of a diocese — a large territorial and administrative unit, which included several provinces.

²⁶ Codex Theodosianus. XIII.3.15.

²⁷ Gregorius Nazianzenus. Orationes. VII.15.

²⁸ Iulianus Imperator. Epistulae ad senatum populunque Atheniensem. 277c; Iulianus Imperator. Epistulae. 4(8); Eunapius. Vitae Sophistarum. 498; Eunapius. Historia. fr.9; Philostorgius. Historia Ecclesiastica. VII.15.

²⁹ Damascius. Vita Isidori. Fr. 84–85; Marcellinus Comes. Chronicon. 462; Ioannes Malalas. Chronographia. XIV.38.

³⁰ Procopius. Bellum Persicum. II.26.31–34.

³¹ Agathius. Historiarum libri quinque. II.29–32.

³² Menander. Fr. 39; 48; 49; 56.

³³ Theophylactus Simocatta. Historia. VI.117.

³⁴ For more on the involvement of physicians in Late Antiquity diplomacy, ref.: Blockley R.C., 1980, Nechaeva E.N., 2001.

¹⁴ The most prominent among teaching physicians in the 4th century was Zeno of Citium, whose school produced such famous physicians as Oribasius, Ionicus of Sardis and Magnus of Nisibis, who subsequently headed the Alexandrian medical school (Eunapius. Vitae Sophistarum. 498–499). At the turn of the 5th — 6th centuries, the star of medical education in the empire was Irosophist Gessius who taught in Alexandria and whose fame outlived the empire itself [Watts E., 2009].

¹⁵ Ammianus Marcellinus. Res Gestae. XXII. 16.18. On medical education in Alexandria, also refer to Expositio totius mundi. 37; other evidence, ref.: Haas C., 1997, p. 417. On medical education in the late Roman Empire in general, ref.: Pormann P.E., 2010.

¹⁶ Digesta. XXVII.1.6.2–4.

¹⁷ Codex Theodosianus. XIII.3.8.

¹⁸ Codex Theodosianus. XIII.3.9.

¹⁹ Symmachus. Relationes. 27.

²⁰ Codex Theodosianus. XIII.3.9.

²¹ Codex Iustiniani. I.27.1 §41. In comparison, the minimum living wage in the empire was about 21/2 solidi a year [Jones A.H.M., 1986, p. 447].

It is particularly in the Late Antiquity that Roman society began to consider physicians as members of the elite. The status of physicians which developed in the Late Antiquity was accepted by barbarian states emerging from the ruins of the Western empire, as well as the Byzantine Empire, and was firmly established in the Middle Ages and the Modern Age.

REFERENCES

- Baldwin B.* Beyond the House Call: Doctors in Early Byzantine History and Politics // *Dumbarton Oaks Papers*. — 1984. — Vol. 38. — P. 15–19.
- Blockley R.C.* Doctors as Diplomats in the Sixth Century A.D. // *Florilegium*. — 1980. — Vol. 2. — P. 89–100.
- Giyan R.* Ocherki administrativnoy istorii rannevizantiyskoy imperii (IV–VI vv.). Zametki o titulakh znati: egregiy, perfektissim, klarissim [Essays on the administrative history of the early Byzantine Empire (4th–6th centuries). Notes on titles of nobility: egregius, vir perfectissimus, vir clarissimus] // *Vizantiyskiy vremennik* [Byzantine annals]. — 1964. — Vol. 24. — P. 35–48. (In Russ.)
- Haas C.* Alexandria in late antiquity: topography and social conflict. — Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1997.
- Israelowich I.* Patients and Healers in the High Roman Empire. — Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2015. — 208 p.
- Jackson R.* Doctors and Diseases in the Roman Empire. — Norman: University of Oklahoma Press, 1988.
- Jones A.E.* Social Mobility in Late Antique Gaul: Strategies and Opportunities for the Non-Elite. — Cambridge: Cambridge University Press, 2014. — 392 p.
- Jones A.H.M., Martindale J.R., Morris J.* The Prosopography of the Later Roman Empire. Vol. I. A.D. 260–395. — Cambridge: Cambridge University Press, 1971. — 1176 p.
- Jones A.H.M.* The Later Roman Empire, 284–602: A Social, Economic, and Administrative Survey. Vol. II. — Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1986.
- Martindale J.R.* The Prosopography of the Later Roman Empire. Vol. III: A.D. 527–641. — Cambridge: Cambridge University Press, 1992.
- Nechaeva E.N.* Uchastie vrachey v pozdneantichnoy diplomatii [The participation of doctors in ancient diplomacy] // *Zhebelevskie chteniya-3. Tezisy dokladov nauchnoy konferentsii 29–31 oktyabrya 2001 goda* [Zhebelev readings-3. Abstracts of scientific conferences October 29–31, 2001]. — Saint Petersburg.: SPbGU Publ., 2001. — P. 194–200. (In Russ.)
- Nutton V.* Ancient Medicine. — London, New York: Routledge, 2012. — 504 p.
- Nutton V.* Archiatri and the Medical Profession in Antiquity // *Papers of the British School at Rome*. — 1977. — Vol. 45. — P. 191–226.
- Nutton V.* From Galen to Alexander, Aspects of Medicine and Medical Practice in Late Antiquity // *Dumbarton Oaks Papers*. — 2012. — Vol. 38. — P. 1–14.
- Olszaniec S.* Prosopographical Studies on the Court Elite in the Roman Empire (4th century AD). — Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, 2013. — 510 p.
- Petrova M.S.* Mediki i ritorii [Doctors and rhetoricians]. Makrobiy Feodosiy. Saturnalii [Macrobius Theodosius. Saturnalia] / Ed. by M.S. Petrova; transl. by T.V.

- Zvirichev. — Moscow: Krug Publ., 2013. — P. 679–681. (In Russ.)
- Pormann P.E.* Medical education in late antiquity from Alexandria to Montpellier // *Studies in Ancient Medicine*. — 2010. — Vol. 35. — P. 419–441.
- Scheidel W.* State revenue and expenditure in the Han and Roman empires // In: *State power in ancient China and Rome* / Ed. by W. Scheidel. — Oxford, New York: Oxford University Press, 2015. — P. 150–180.
- Udaltsova Z.V. et al.* Kultura Vizantii: IV — pervaya polovina VII v. [Culture of Byzantium: 4th — first half of 7th century] / Ed. by Z.V. Udaltsova. — Moscow: Nauka Publ., 1984. — 740 p. (In Russ.)
- Vedeshkin M.A.* The social and legal status of physicians in the late Roman Empire // *History of Medicine*. — 2018. — Vol. 5(4). — P. 243–247.
- Watts E.* The Enduring Legacy of the Iatrosophist Gessius // *Greek, Roman, and Byzantine Studies*. — 2009. — Vol. 49(1). — P. 113–133.

О формировании общественных отношений в Римской империи (I–V вв.) в ракурсе проблемного поля биоэтики (врачи и умельцы, наставники и учителя)

М.С. Петрова

Появление биоэтики и ее стремительное развитие в XX–XXI вв. обусловлены теми глобальными процессами, которые происходят во всех областях жизни человека. Биоэтика, будучи междисциплинарной, направлена на систематическое исследование нравственных параметров достижений биологических и медицинских наук, включая моральную оценку принятых человеком решений, а также их возможных последствий для общества. В числе таковых не только общетеоретические, деонтологические¹, институциональные (например, те, которые ориентированы на выявление общечеловеческих ценностей, организацию систем здравоохранения), но и так называемые открытые, требующие разработки понятийного аппарата, выбора методов их решения². В ракурсе философской и социальной направленности биоэтика связана с исследованием экологических, медицинских, социальных и правовых проблем, непосредственно касающихся человека, с целью оценить результаты развития новых технологий и идей в медицине и биологии. Однако на современном этапе взаимодействия человека и общества биоэтику необходимо рассматривать не только как дисциплину, концентрирующую свое внимание на медицине и биологии, с учетом ее философской и социальной составляющих, но и как ведущую и самостоятельную отрасль знания, находящуюся в тесном контакте и взаимодействии с дисциплинами исторического профиля. В их числе — интеллектуальная история, история идей, понятий и ментальности, история науки³. При таком подходе следует, с одной стороны, ориентироваться на рассмотрение проблемного поля биоэтики в историческом контексте и социокультурной динамике общества; с другой — попытаться проанализировать применимый к биоэтике европейский опыт становления моральных, этических и поведенческих норм человека на большом временном диапазоне (от Античности до современности). При этом важно не только выявить отношение того или иного раннего общества к врачу и пациенту (и шире — к индивиду, его личности, душе и телу) в разных культурных традициях (западной и восточной, христианской и нехристианской), но и показать динамику таких отношений. Такой подход требует проведения целого ряда микроисторических исследований⁴, предполагающих максимально детализированное изучение поведения человека, формирования его взглядов, этических норм, оценочных действий и др., чтобы понять, каким образом происходит сопряжение его индивидуальных стремлений с современным ему обществом и индивидами внутри него.

В этом разделе речь пойдет о частном аспекте, а именно об отношении к врачам, целителям, а также к тем, кто обучал различным видам наук (искусств)⁵ в эпоху Римской империи

¹Применительно к деонтологии мы придерживаемся подхода, обозначенного Ю.П. Лисицыным [Лисицын Ю.П., 1998, с. 7–13].

²Речь идет об эктэнании, всех видах трансплантации, прерывании беременности, клонировании, суррогатном материнстве, евгенике и др., т. е. проблемах, которые на настоящем этапе не могут быть рассмотрены в историческом контексте, поскольку они еще не решены окончательно.

³Здесь мы имеем в виду те релевантные направления этой области знания, которые связаны с изучением собственно истории медицины, биологии, этики, психологии, антропологии, гендерной истории в ее социальном, культурологическом и религиозно-этическом аспектах.

⁴Подробнее см.: Карначук Н.В., 2013, с. 282–284.

⁵Ранние латинские авторы в своих текстах обычно не выделяли умельцев и учителей какой-либо одной области знания, говоря о них в общем. Исключение составляют описания о грамматистах и риторах, см., например, «О преподавателях Бурдигалы» Авсония [Шульц М.Ю., 1993, с. 35–49].

(I–V вв.). Для полноты картины посредством методов и подходов просопографии⁶ (с учетом ее гипотетичности⁷) реконструируется коллективная биография римских врачей (I–V вв.). С этой целью изучаются и учитываются имеющиеся сведения о таких персонажах, как Антоний Муса (63 г. до н. э. — 14 г. н. э.), Секстий Нигер (I в.), Скрибоний Ларг (I в.), Руф Эфесский (I–II вв.), Гален (129/31–200/17 гг.)⁸, Квинт Серен Саммоник (кон. II в. — 211/13 г.), Диомид (кон. III — нач. IV вв.), Феодор Присциан (IV в.), Адамантий (кон. IV — нач. V вв.), Дисарий (кон. IV — нач. V вв.), Марцелл из Бурдигалы (IV–V вв.), Целий Аврелиан (V в.) [Jones A.H.M. et al., 1971, 1980].

Об отношении к врачам

Прежде всего отметим, что в отличие от Древней Греции и стран Востока профессия врача в Риме не сразу получила признание⁹. К этому роду деятельности, как и к самим врачам, методам их лечения и медицине¹⁰, а также тем, кто обучал врачебному делу, в римском обществе относились скорее настороженно и со злобным пренебрежением, чем с уважением¹¹. Это было связано с тем, что различных целителей, лекарей и тех, кто обучал врачеванию, а также

⁶Напомним, просопография (от др. греч. πρόσωπον — лицо, личность и γράφω — пишу, описываю) — вспомогательная историческая дисциплина, занимающаяся реконструкцией биографий отдельных исторических личностей (выделяемых на основе выбранных критериев: культурных, интеллектуальных, гендерных и др.) или группы лиц, живших в определенную эпоху либо месте, имевших общие политические, социальные или этнические черты, занимавших определенную должность или положение в обществе. Просопографический метод — это выявление определенного круга лиц, постановка ряда однотипных вопросов (например, о датах рождения и смерти, о браке и семье, социальном происхождении, месте жительства, образовании, роде деятельности, религии и т. д.) [Петрова М.С., 2004, с. 9–10; Петрова М.С., 2013b, с. 417–419].

⁷На гипотетичность просопографии обращал внимание еще М.Л. Гаспаров [Гаспаров М.Л., 1964, с. 180].

⁸О Галене имеются специальные исследования, см., например, исследование Д.А. Балалыкина [Балалыкин Д.А., 2014, с. 5–91].

⁹Например, в Греции и Египте к врачам относились с уважением, а их общественный статус был весьма высоким. В частности, в Египте медициной занимались жрецы (в связи с этим сама египетская медицина отчасти была магической, отчасти — терапевтической), врачей там было достаточно много; их специализация разделялась по болезням, и «каждый врач лечил только один определенный недуг» (например, глазные болезни, болезни головы, зубов, чрева, внутренних органов; см.: Геродот. История II [Евтерпа] [Стратановский Г.А., 1972, с. 84]). В Греции медицина носила светский характер; врачи там также пользовались уважением и занимали высокое положение в обществе. Об этом свидетельствуют строки Гомера: «Опытный врач драгоценнее многих других человек // Зная вырезать стрелы и язвы целить врачевствами» (см.: Гомер. Илиада. XI, с. 514–515 [Гнедич Н.И., 1990, с. 157]) и Геродота (см.: Геродот. История III [Талия] [Стратановский Г.А., 1972, с. 125–137]) о враче Демокеде, родившемся в Кротоне (Италийское побережье) и стоявшем во главе известной греческой медицинской школы. Однако в Месопотамии картина не была однозначной. Так, согласно Геродоту (История I [Клио], с. 197), там не было врачей, но имела место ситуация, когда «страдающего каким-нибудь недугом... выносили на рынок, прохожие давали ему советы о его болезни (если кто-нибудь из них или сам страдал подобным недугом, или видел его у другого...); затем они объясняли, как они сами исцелились от подобной болезни или видели исцеление других, поскольку молча проходить мимо больного человека было запрещено» (пер. Г.А. Стратановского [Стратановский, ad loc.]); см. также: *Оппенгейм* (пер. М. Ботвинника [Ботвинник М., 1995, с. 80–87]).

¹⁰См., например, у Плиния (Hist. nat. XXIX, 8, 16 [38, ad loc.]): «Наши предки осуждали не медицину как таковую, но приемы врачевания... когда же изгнали греков из Италии, что произошло уже много времени спустя после Катона, то [в постановлении об этом изгнании] специально упомянуты были и врачи» (пер. Б.А. Старостина [Старостин Б.А., 2005]).

¹¹Здесь уместно привести в пример сложившуюся в Греции противоположную ситуацию по отношению к учителям-медикам, отраженную в клятве Гипократа [Мелик-Гайказян И.В., Мещерякова Т.В., 2015, с. 38–41]. Ср. также: Петрова М.С., 2013а, с. 679–681; Dill S., 1899, p. 399–405; Davies P.V., 1969, p. 518, со ссылкой на [Glover T.R., 1901, p. 120–121].

всяких других учителей римляне ассоциировали с рабским трудом¹², выполняемым приезжими в Рим (чаще всего из Греции) умельцами¹³. Их они презирали, называя *γραῖκοί* (лат. *graeculus*) — «гречишками» или «гречонками»¹⁴, и причисляли к тем, кто зарабатывал на жизнь гаданием, ворожбой, хождением по канатам или же деланием массажа¹⁵ в общественных банях. Так, у Ювенала (6–127 гг.) в «Сатирах» (III, 76, 60–83) есть такие слова¹⁶:

*Я ж от него и бегу. Перенести не могу я, квириты,
Греческий Рим! Пусть слой невелик осевших ахейцев,
Но ведь давно уж Оронт сирийский стал Тибра притоком,
Внес свой обычай, язык, самбуку с косыми струнами,
Флейтщиц своих, тимпаны туземные, разных девчонок:
Велено им возле цирка стоять. — Идите, кто любит
Этих развратных баб в их пестрых варварских лентах!
Твой селянин, Квирин, оделся теперь паразитом,
Знаком побед цирковых отличил умащенную шею!
Греки же все — кто с высот Сикиона, а кто амидонец,
Этот с Андроса, а тот с Самоса, из Тралл, Алабанды,
Все стремятся к холму Эсквилинскому иль Виминалу,
В недра знатных домов, где будут они господами.
Ум их проворен, отчаянно дерзость, а быстрая речь их
Как у Исея течет. Скажи, за кого ты считаешь
Этого мужа, что носит в себе кого только хочешь:
Ритор, грамматик, авгур, геометр, художник, цирюльник,
Канатоходец, и врач, и маг — все с голоду знает*

¹² Однако иногда все же имели место и добрые слова по отношению к учителям. Так, в письме Плиния Младшего (61–113 гг.) к сенатору Мецилию Непоту, там, где он пишет об учителе ораторской школы Исее, есть фраза о том, что «...нет людей искреннее, простодушнее и лучше учителей». См.: Письма Плиния Младшего. Кн. II, 3, 5 (пер. М.Е. Сергеевко, А.И. Доватур [Сергеевко М.Е., Доватур А.И., 1982]; trans. J. Bostock, H.T. Riley [Bostock J., Riley H.T., 1856]). Кроме того, Корнелий Цельс (I в. до н. э. — I в. н. э.) в трактате «О медицине» (VII, 1) наряду с греческими врачами с уважением упоминает и римских учителей в медицинском деле, сделавших открытия в области хирургии: «Но и в Риме также известные наставники и, в особенности, совсем недавно Трифон-отец, Эвеллист и... Мебет, самый эрудированный из них, произведя некоторые улучшения, немало прибавили к этой науке» (пер. Ю.Ф. Шульца [Шульц Ю.Ф., 1959]).

¹³ Заметим, что согласно Плинию (Hist. nat. XXIX, 6, 12–13 [Bostock, Riley, ad loc.]), первым врачом, прибывшим в 219 г. до н. э. в Рим (с Пелопонесса) и получившим римское гражданство, был Архалакс. Для него на общественные средства купили палату для приема больных на Ацилиевом перекрестке. По прибытии Архалакс (как специалист по лечению ран) пользовался большой популярностью, однако вскоре «из-за его чрезмерно рьяного пользования ножом и прижиганиями его прозвали мясником, а профессия его стала всем ненавистна, как и врачи вообще» (пер. Б.А. Старостина [Старостин, ad loc.]).

¹⁴ *Γραικοί, οἱ* — греки, первоначальное, а впоследствии благодаря римлянам общепринятое вне Греции название эллинов. См.: Arist. Meteorologica [TLG, p. 352]: *οἱ καλοῦμενοι τότε μὲν Γραικοί, νῦν δ' Ἑλληνες* (у Полибия и Плутарха презрительное именование греков). Заметим, что Цицерон, говоря о греках, использовал множество оскорбительных слов и выражений, одним из которых и было уничижительное слово «*graeculus*». Благодаря Цицерону оно стало общеупотребительным среди латинских авторов. Подробнее см.: Никишин В.О., 2011, с. 167–189.

¹⁵ Заметим, что сами греки относились к массажу иначе. См., например, у Гиппократ (О суставах 9): «Во многих вещах врач должен быть опытным, и не менее в массаже... ибо массаж может связать сустав слишком расслабленный и размягчить сустав очень тугой» (пер. В.И. Руднева [Руднев В.И., 1941, т. 3, с. 27]). См. также: Он же. О врачебном кабинете 17: «Растирание (массаж) может разрешать, стягивать, давать мясо или заставлять худеть; твердое растирание стягивает, мягкое — разрешает; частые растирания заставляют похудеть, умеренное — потолстеть» (пер. В.И. Руднева [Руднев В.И., 1936, т. 1, с. 525]).

¹⁶ Пер. Д.С. Недовича [Недович Д.С., 1989].

*Этот маленький грек; велишь — залезет на небо;
Тот, кто на крыльях летал, — не мавр, не сармат, не фракиец,
Нет, это был человек, родившийся в самых Афинах.
Как не бежать мне от их багряниц? Свою руку приложит
Раньше меня и почетней, чем я, возляжет на ложе
Тот, кто в Рим завезен со сливами вместе и смоквой?*

У претендующего на первенство латиноязычного изложения истории возникновения лечебного искусства¹⁷ Плиния Старшего (22/24–79 гг.) также встречается крайне негативное суждение о медицине и врачах (со ссылкой на Катона, 234–149 гг. до н. э.)¹⁸, их позиции и оценке действий¹⁹. Суть его в следующем: «Греки — народ распущенный и упрямый... каждый раз, когда этот народ приносит нам [римлянам] свои знания, он портит все; и будет еще хуже, если они пришлют нам своих врачей. Все они дали друг другу клятву уничтожить всех варваров при помощи медицины, и под именем варваров они подразумевают также и нас самих. Если они требуют вознаграждения за то, что лечат нас, то это лишь для того, чтобы втереться в наше доверие и тем вернее погубить нас» [Гиро П., 1995, с. 205–206; Семенов А.В., Сучкова Т.Е., 2012, с. 84; DeZobry Ch., 1875, p. 93;]²⁰. Плиний также пишет, что «... [многие] врачи, охотясь за популярностью, путем введения той или иной новизны не останавливались перед тем, чтобы купить ее хотя бы и ценой нашей жизни. Отсюда эти, производящие такое жалкое впечатление, консилиумы около больных, где ни один врач не хочет сделать уступки ни одному из других [участников консилиума], дабы не признать его превосходства. Отсюда же зловещая надпись, встречаемая на могильных памятниках: “Погиб от разногласия врачей”²¹... Любопытный грек, овладевший [даже не столько медициной, сколько] искусством красноречия, начинает распоряжаться нашей жизнью и смертью; тысячи людей не могут жить без врачей и лекарств (хотя именно так римский народ жил более шестисот лет) и жаждут [все новых и новых] лекарств, пока опыт не заставит их осудить это желание... только медицину из всех греческих искусств римская серьезность не взяла в употребление. Несмотря на всю великую пользу от лечения, только немногие из римских граждан хотели иметь дело [с греческой медициной] и даже они вскоре эмигрировали в Грецию. Воистину, если медицинские трактаты написаны не по-гречески, к ним не будет доверия даже среди неученых,

¹⁷ См.: Plin. Hist. nat. XXIX, 1, 1 [Bostock, Riley, ad loc.]: «...Я теперь обязан более подробно остановиться на самом искусстве лечения: ведь до сих пор никто об этом не писал по-латыни» [Старостин, ad loc.]. Здесь следует обратить внимание на тот факт, что Плиний, скорее всего, не был знаком с сочинениями Корнелия Цельса «О медицине» (несмотря на его известность во времена жизни Плиния) и Скрибония Ларга «О составе лекарств» (De compositione medicamentorum) [Старостин, ad loc.].

¹⁸ См.: Plin. Hist. nat. XXIX, 8 [Bostock, Riley, ad loc., p. 376–381]. Катон очень резко высказывается о врачах и не жалеет уничижительных эпитетов в их адрес, запрещая обращаться к ним [Старостин, ad loc.].

¹⁹ Ср. также упоминание Плиния в его «Естественной истории» (XXIX, 8, 17 [Bostock, Riley, ad loc.]): «Как известно богу, медицинская профессия — единственная, в которой всякий, кто заявляет о себе как о враче, сразу же получает доверие».

²⁰ В таком ракурсе можно обратить внимание на «Сатирический романс» о женихе-лекаре, приписанный испанскому поэту Франсиско де Кеbedo (1580–1645) [Гончаренко С., 1977, с. 400–402].

²¹ См.: Plin. Hist. nat. XXIX, 5, 11 [Bostock, Riley, ad loc.]. Фраза: «*turbas se medicorum perisse*» («погиб от разногласия врачей») может означать и «погиб от смятения (непонимания, растерянности, некомпетентности, неумения, беспомощности и т. д.) врачей», и «погиб от множества (толп) врачей». Недоверие к врачам, смешение их с колдунами, подозрения в корыстолюбии, обмане, невежестве врачей были широко распространены в древнем мире, а у современников Плиния, в связи с синкретизмом культур и борьбой разных традиций врачевания, особенно. Ср. Евангелие от Марка (V: 25–26 [Библия, ad loc.]): «Одна женщина, которая страдала кровотечением двенадцать лет, много потерпела от многих врачей, истощила все, что было у ней, и не получила никакой пользы, но пришла еще в худшее состояние» [Старостин, ad loc.].

которые и по-гречески-то не знают; а если бы кто и мог [понять их содержание], то тем меньше доверял бы им в вопросах, касающихся здоровья»²².

Есть свидетельство проявления открытой ненависти Галеном (129/31–200/17) по отношению к врачам-коллегам: «Не на науку, а только на необходимые рецепты направлено внимание большинства врачей; низкая жадность делает их способными на всякое постыдное действие. Между разбойниками и врачами нет другой разницы, как только та, что первые в горах, а вторые в Риме совершают свои позорные действия» [Марчукова С.М., 2003, с. 72]²³.

Были и другие примеры недоброй критики, высказываемой в адрес тех, кто занимался врачеванием. Так, Марциал (ок. 40 — ок. 104 гг.) сатирически пишет о навредившем больному методе лечения одного из врачей в своих «Эпиграммах» (V. 9):

*Недогомал я, но тут ко мне, нимало не медля,
Ты появился, Симмах, с сотней своих школяров.
Начали щупать меня сто рук, ледяных от мороза:
Без лихорадки, Симмах, был я, а вот и она²⁴.*

Возможно, по этим причинам не всякий родитель отдавал своих сыновей обучаться медицине, полагая, что это дело, в отличие, например, от умения играть на кифаре или флейте, не принесет честной прибыли и уважения в обществе. Об этом вновь косвенно свидетельствует Марциал в «Эпиграммах» (V, 56):

*Пристаешь ты давно ко мне с вопросом,
Луп, кому обучение сына верить.
Всех и риторов ты и грамотеев,
Мой совет, избегай: не надо сыну
Знаться ни с Цицероном, ни с Мароном.
Пусть Туллиий своей гордится славой!
Если ж сын — стихоплет, лиши наследства.
Хочет прибыльным он заняться делом?
Кифаредом пусть будет иль флейтистом.
Коль окажется мальчик тупоумен,
Пусть глашатаем будет или зодчим²⁵.*

Однако в связи с проводимой римскими правителями политикой ситуация постепенно менялась. Об этом, в частности, имеются сведения у Светония (75–160 гг.), который пишет в «Жизни двенадцати Цезарей», что Юлий (100–44 гг. до н. э.) «всем, кто в Риме занимался медициной, и всем преподавателям благородных искусств даровал римское гражданство, чтобы они и сами

охотнее селились в городе и привлекали других»²⁶. Несколько позже медицина и образование стали «социализированными», а императоры установили представителям различных профессий (в числе которых были и врачи) общее обеспечение из государственных средств, выплачивая его в виде даров и различных привилегий [Imperatoris Theodosii Codex. XIII, 3, 1–19; XIV, 9, 1–3; VI, 21, 1]. Но хотя поздние императоры легализовали профессию врачей, служивших при дворе, в провинциях и городах Римской империи²⁷, запретили оскорбление (строго карая по закону обидчиков) и повысили их статус, вряд ли имеет смысл утверждать, что такие деяния были восприняты римлянами с большим энтузиазмом²⁸. Таким образом, в римском обществе отношение к врачам хотя и менялось, но чрезвычайно медленно.

Коллективная биография римского врача

Далее на основании имеющихся сведений [Smith W., 1890; Jones A.H.M. et al., 1971, 1980], посредством методов и подходов просопографии [Петрова М.С., 2004, с. 8–10] мы предпримем реконструкцию коллективной биографии врача периода Римской империи (I–V вв.), акцентируя внимание на происхождении избранных персонажей, их именах, прозвищах и титулатуре; должностях, социальном статусе, семейном положении; особенностях профессиональной деятельности, стереотипах поведения и моральных ценностях, круге обязанностей и прав; тематике и содержании сочинений.

Антоний Муса (Ἀντώνιος Μούσας; Antonius Musa) (63 г. до н. э. — 14 г. н. э.) — ученый-натуралист²⁹, занимающийся изучением трав, римский врач-практик. Муса был сыном

²⁶ Здесь и ниже пер. М.Л. Гаспарова [Гаспаров М.Л., 1993]. Мы имеем в виду не только послевоенную политику Юлиа, связанную с пополнением населения, но и его стремление привлечь в Рим различных умельцев. См.: Светоний. Жизнь двенадцати Цезарей (Божественный Юлий) I, 42, 1: «...Восемьдесят тысяч граждан он расселил по заморским колониям. Желая пополнить поредевшее население города, он издал закон, чтобы никакой гражданин старше двадцати и моложе сорока лет, не находящийся на военной службе, не покидал бы Италию дольше, чем на три года; чтобы никто из сенаторских детей не уезжал из страны иначе, как в составе военной или гражданской свиты при должностном лице; и чтобы скотовладельцы не менее трети своих пастухов набирали из взрослых свободнорожденных людей» [Гаспаров, ad loc.]. Эту политику продолжил Веспасиан (9–79 гг.), первый император, предпринявший попытку назначить различным умельцам плату за их труд. См.: Светоний. Там же (Божественный Веспасиан 18): «Латинским и греческим риторам он первый стал выплачивать жалованье из казны по сто тысяч в год; выдающихся поэтов и художников, как, например, восстановителя Колосса и Венеры Косской, он награждал большими подарками; механику, который обещался без больших затрат поднять на Капитолий огромные колонны, он тоже выдал за выдумку хорошую награду, но от услуг отказался, промолвив: “Уж позволь мне подкормить мой народец”» [Гаспаров, ad loc.].

²⁷ Их называли архитриями (= archiatrius; от греч. ἀρχίατρος [ἀρχι — старший, главный; атрос — врач]). В греческой традиции этот термин употреблялся Галеном (De theriaca ad Pisonem [Kühn], v. 5–6 // TLG), Аэтием (Iatricorum liber [Olivieri], VII, 114, 85 // TLG) и др.; в латинской традиции — Августин (Ep. 41, 2 // PL 33, 159), Кассиодор (Var. 6, 19 // PL 68, 701A) и др. См. также «Кодекс Феодосия» [Imperatoris Theodosii Codex. XIII, 3, 14] и «Свод латинских надписей» (CIL 5, 8741 [Concordia]). Такие врачи находились под контролем местных властей, объединялись в так называемые коллегии, представлявшие собой союз лиц профессии. В их обязанности входило лечение людей и преподавание медицины в специальных школах, которые существовали в Риме вплоть до VII в. Подробнее о римских врачах-архитриях, их обязанностях и деятельности, а также изменении их статуса см.: Библия, ad loc., Сорокина Т.С., 2008; Nutton V., 1977, p. 206–210.

²⁸ В таком ракурсе можно рассматривать письмо Симмаха (Ep. X, 27; Imperatoris Theodosii Codex [Seech O., 1883, p. 301; Cary E., 1914–1927]), составленное в 384–385 гг., в котором обозначена необходимость назначения привилегий врачам-архитриям и учителям (professores). О признании последних в конце IV в. свидетельствует не только Авсоний (о преподавателях Бурдигалы [Стратановский, ad loc., с. 35–49]), но и Клавдиан, упомянувший учителя риторики Евгения, провозглашенного императором [Петрова М.С., 2013a, с. 681; Burmannus P. et al., 1821, p. 234–237].

²⁹ Заметим, что под именем Антония Мусы сохранился небольшой медицинский трактат, названный «De herba vettonica liber», в котором разъясняются свойства травы буквицы (Vettonica). Однако в настоящее время авторство Антония отвергнуто [Howald E., Sigerist H.E., 1927; Langslow D.R., 2000, p. 67–68].

²² См.: Plin. Hist. nat. XXIX, 8, 19 [Старостин, ad loc.].

²³ Ср. также негативное высказывание о врачах Афиней (II–III вв.) (Пир мудрецов XV, 666a): «...Не ошибся один наш товарищ, сказав: “Не будь врачей, никого не было бы глупее словесников”» (пер. Н.Т. Голинкевич [Голинкевич Н.Т., 2016]).

²⁴ Пер. Ф.А. Петровского [Петровский Ф.А., 1994].

²⁵ Пер. Ф.А. Петровского [Петровский, ad loc.]. Тем не менее в Греции имела место иная картина. Например, клятва Гиппократова свидетельствует о почитании самими врачами своих учителей: «...Считать научившего меня врачебному искусству наравне с моими родителями, делиться с ним своими достатками и в случае надобности помогать ему в его нуждах; его потомство считать своими братьями, и это искусство, если они захотят его изучить, преподавать им безвозмездно и без всякого договора; наставления, устные уроки и все остальное в учении сообщать своим сыновьям, сыновьям своего учителя и ученикам, связанным обязательством и клятвой по закону медицинскому, но никому другому» (пер. В.И. Руднева [Мелик-Гайказян И.В., Мещерякова Т.В., 2015, с. 35–44]).

вольнотруженника³⁰, очевидно, греческого происхождения³¹. Его деятельность приходится на период правления Октавиана Августа. Находясь при дворе и имея соответствующий статус придворного врача, Муса лечил не только самого Октавиана³², пользуясь высоким авторитетом и привилегиями³³, но и членов его семьи (например, зятя и племянника Марцелла³⁴, лечение которого не было успешным).

Адамантий (Ἀδαμαντίος) (кон. IV — нач. V вв.) — вероятно, иудей, родившийся в Александрии, получивший титул *iatrosophista* (ἰατρικῶν λόγων σοφιστής)³⁵, позиционирующий статус «учителя врачебного искусства»³⁶ и создателя лекарственных средств. Он жил, вероятно, получил образование и практиковал в Александрии, из которой бежал во время изгнания из нее иудеев Патриархом Кириллом (415 г.) в Константинополь. Там он принял христианство по наущению епископа Константинополя Атика и, по всей видимости, жил в этом городе какое-то время. Затем он вновь вернулся в Александрию³⁷. Адамантию принадлежит трактат по физиогномике «*Physiognomica*» в 2 книгах³⁸ и сочинение «*De ventis*» («О ветрах» [Rose V., 1963, p. 29–48]), написанные на греческом языке [Smith W., 1890, p. 18; Jones A.H.M. et al., 1980, p. 6].

Марцелл из Бурдигалы (Эмпирик) (IV–V вв.) — древнеримский врач, живший и практиковавший в эпоху правления императора Феодосия I (347–395 гг.). Он родился в Бурдигале, принадлежал к семье аристократов, получил хорошее образование. При дворе императора Феодосия занимал должность *magister officiorum*. Вероятно, какое-то время он был личным врачом Феодосия. При дворе он находился до тех пор, пока Южная Галлия не была захвачена вестготами. После раздела Империи, он служил императору Восточной части Империи — Аркадию. Возможно, Марцелл находился на службе вестготских правителей, захвативших Южную Галлию, поскольку умер в ее столице (г. Нарбон). Марцеллу принадлежит

³⁰ На этот факт указывает Дион Кассий в «Римской истории» (LIII, 30, 3 [Cary, ad loc.]). См. ниже, примеч. 34.

³¹ У Мусы был брат по имени Эвфорб (Euphorbus), известный греческий врач царя Мавретании Юбы II (52/50 до н. э. — 23 г. н. э.). См. также: Plin. Hist. nat. XXV, 38 [Bostock, Riley, ad loc.].

³² Так, Светоний (Жизнь двенадцати Цезарей: Август 81) сообщает, что Антоний Муса советовал Октавиану Августу, страдавшему болезнями печени (23 г. до н. э.), холодные компрессы: «...Тогда его печень так страдала от истечений желчи, что он [Октавиан Август] в отчаянии вынужден был обратиться к лечению необычному и сомнительному: вместо горячих припарок, которые ему не помогали, он по совету Антония Мусы стал употреблять холодные» [Гаспаров, ad loc.]. Ср. Plin. Hist. nat. XIX, 28; XXV, 38 [Bostock, Riley, ad loc.]. См. также соответствующее изложение Диона Кассия (Римская история. LIII, 30, 1 и 3): «Между тем Август, будучи в одиннадцатый раз консулом... вновь заболел так, что не имел никакой надежды на выздоровление. По крайней мере, он распорядился всем так, как если бы собирался умереть... (3) Но когда он уже не мог ничего делать — даже самое необходимое, то некий Антоний Муса спас его с помощью холодных купаний и напитков» (пер. Н.Н. Трухина [Трухина Н.Н., 1987]).

³³ См.: Светоний. Жизнь двенадцати Цезарей (Август, 59): «Врачу Антонию Мусе, исцелившему его [Октавиана Августа], от смертельной болезни, сенаторы на свои деньги поставили статую возле изваяния Эскулапа» [Гаспаров, ad loc.]. См. также: Дион Кассий. Римская История. LIII, 30, 3: «За это он получил много денег от Августа и от сената, и право носить золотые кольца (а был он сыном вольнотруженника), и свободу от повинностей — как для себя, так и для товарищей по профессии, и не только для бывших тогда, но и для будущих впоследствии» [Трухина, ad loc.].

³⁴ Об этом пишет Дион Кассий в «Римской истории» (LIII, 30, 4): «Однако тому [т. е. Антонию Мусе — М.П.], кто сыграл роль Удачи и Судьбы [в лечении Октавиана Августа — М.П.], было суждено внезапное низвержение: Август был спасен его методом, зато Марцелл [зять и племянник Августа — М.П.], заболевший вскоре после этого и лечившийся тем же самым способом у того же Мусы, — умер» [Трухина, ad loc.].

³⁵ Об этом свидетельствует Сократ Схоластик [Церковная история Сократа Схоластика, 1911, VII, 13]).

³⁶ *Iatrosophista* (греч. — ἰατροσοφιστής: ἰατρός — врач, σοφιστής — умелец, знаток, мудрец [в медицине]).

³⁷ Об этом также пишет Сократ Схоластик [Церковная история Сократа Схоластика, ad loc.].

³⁸ Эта работа посвящена Констанцию (возможно, западноримскому императору Констанцию III). Сам автор утверждает, что в своем сочинении он следовал методу физиогномики Аристотеля (Phys. I, 1, 1... // TLG), предпочитая его всем другим. В целом же (по словам Адамантия) этот труд представляет собой переделку трактата Антония Полемона (88–145 гг.) [Foerster R., 1893, с. 297–426].

работа «*De medicamentis empiricis, physicis et rationalibus liber*», написанная на латинском языке и представляющая собой сборник фармакологических рецептов для домашнего употребления [Sharpe W.D., 1964, p. 14].

Диомид (Διομήδης) (кон. III — нач. IV вв.) — врач, родившийся в Тарсе (Киликия), приверженец и проповедник христианской религии. Его активность приходится на время правления императора Диоклетиана (284–305 гг.), по приказу которого он был арестован в Никее и убит³⁹.

Руф Эфесский (Ροῦθος) (I–II вв.) — врач-анатом, грек по происхождению, активность которого приходится на время правления императора Траяна (98–117 гг.). Образование Руфа предположительно получил в Александрии, практиковал в Эфесе. Будучи последователем Гиппократов, он приспособлял его учение под свои взгляды и практические нужды. Руф является автором ряда фрагментарно сохранившихся (на греческом, арабском и латинском языках) работ о частях человеческого тела («*De partibus corporis humani*»), заболеваниях суставов («*De corporis humani appellationibus*»), пульсе («*Synopsis de pulsibus*»), урологии и болезнях половой системы («*De satyris et gonorrhoea*»), а также сведений-анамнезов («*Quaestiones medicinales*»)⁴⁰.

Секстий Нигер (Sextius Niger) (перв. пол. I в.) — древнеримский практикующий врач, теоретик медицины и фармакологии, деятельность которого приходится на период правления Октавиана Августа. Происходил из знатной семьи Секстиев (возможно, его отцом был Квинт Секстий, известный философ своего времени), обучался у древнегреческого врача и философа Асклепиаса Вифинского (124/9 г. до н. э. — 40 г. н. э.). Ему принадлежит работа на греческом языке «О медицинских веществах» (περὶ ὕλης), содержащая рецепты лекарств из трав (в числе которых и волшебные зелья) от многих известных на то время болезней⁴¹.

Квинт Серен Саммоник (Quintus Serenus Sammonicus) (кон. II в. — 211/12) — врач и ученый-натурфилософ, собиратель рукописей и обладатель библиотеки, насчитывающей более 62 000 свитков⁴². Деятельность Квинта Саммоника приходится на период правления императора Марка Аврелия (161–180 гг.), которому он посвящал свои сочинения. О Саммонике имеются упоминания у Макробия (Сатурналии III, 9, 6; 16, 5–9; 17, 3–5). Ему принадлежит работа «*Res reconditae*» («О загадочных вещах») в 5 книгах, написанная на латинском языке.

Скрибоний Ларг (Scribonius Largus) (1–50 гг.) — древнеримский врач эпохи императора Клавдия (10 г. до н. э. — 54 г. н. э.), уроженец острова Сицилия. Скрибоний учился у Веттия Валента (ум. 48 г.); сначала был рабом одного из представителей римской семьи Скрибониев, затем — вольнотруженником и свободно практикующим врачом. Будучи личным врачом императора Клавдия, он принимал участие в его британском походе (43 г.). Скрибонию Ларгу принадлежит сборник лекарств («*Compositiones medicamentorum*»), написанный на латинском языке в 47 г., в котором перечислен 271 рецепт от различных болезней. В этом сочинении (3, 8) Ларг пишет об этических качествах врачей — милосердию (*misericordia*) и человеколюбию

³⁹ Мы придерживаемся мнения, что фигура Диомиды — вымышленная. Свидетельства о нем имеются лишь в двух агиографических сочинениях, восходящих к общему несохранившемуся источнику [Крюкова А.Н., <http://www.pravenc.ru/text/178291.html>, с. 128–239]. Тем не менее мы считаем возможным привлечение и учет сведений такого рода, поскольку они подтверждают вероятность убийства врачей на основании религиозных убеждений в эпоху гонения христиан, начатого Диоклетианом (303 г.).

⁴⁰ Ему принадлежит более подробное по сравнению с предшественниками описание глаза.

⁴¹ Его труды, упомянутые Плинием Старшим и Клавдием Галеном, послужили источником древнегреческому военному врачу, фармакологу и натурфилософу Педанию Диоскориду (40–90 гг.).

⁴² Об этом пишет Юлий Капитолин в «Жизнеописании Августов. XX (Трое Гордианов)», 18, 2, 2: «Учитель его Серен Саммоник, ближайший друг его отца, до такой степени был привязан к нему и любил его, что, умирая, оставил Гордиану младшему все книги своего отца Серена Саммоника, которых насчитывалось до шестидесяти двух тысяч» (пер. С.П. Кондратьева [Кондратьев С.П., 1992]).

(*humanitas*), а также утверждает, что врач должен оказывать помощь всем, кто в ней нуждается, независимо от социального и экономического статуса больного.

Тибериус Клавдий Квирина Менекрат (Tiberius Claudius Quirina Menecrates) (I в.) — врач и основатель логической медицины. Сведений о его семье, месте происхождения не сохранилось. Возможно, Менекрат получил образование в Косской или Смирнской медицинской школе. Во время пребывания на Родосе будущего императора Тиберия Клавдия Нерона (42 г. до н. э. — 37 г. н. э.) он стал его приближенным и впоследствии вместе с ним перебрался в Рим. После того как Нерон вззошел на престол (14 г.), он стал римским гражданином (получив имена Тибериус Клавдий) и личным врачом императора. Менекрат — автор основательного сочинения «*Zeophletensis*», в котором изложено обоснование логической медицине [Smith W., 1890].

Феодор Присциан (Theodorus Priscianus) (IV–V вв.) — медик, личный врач императоров Аркадия и Феодосия II.

Каэлий Аврелиан (Caelius Aurelianus) (V в. [?]) [Jones A.H.M. et al., 1980, p. 201] — древнеримский медик и теоретик медицины. Вероятно, родился в городе Сикке (Нумидия), был врачом в Карфагене. Он занимался не только изучением острых и хронических болезней, а также выявлением причин и поиском методов их лечения, но и выполнением переводов на латинский язык сочинений греческого врача Сорана (98 — ок. 138 гг.) об острых и хронических болезнях, которые получили названия «*Acutae passiones*» (в 3 книгах) и «*Chronicae passiones*» (в 5 книгах).

Дисарий (Dysarius) (IV в.) — врач и натурфилософ, грек по происхождению, принадлежал к кругу римских аристократов. Будучи приверженцем врача Эрасистрата (304–250 гг. до н. э.), он резко критиковал попытки вторжения философии в область медицины [Петрова М.С., 2013с].

На основании имеющихся сведений можно перечислить общие положения коллективной биографии римских врачей (I–V вв.) с указанием [в квадратных скобках] имен персонажей, соответствующих тому или иному критерию.

1. Римские врачи и связанные с медициной люди не были римлянами по происхождению. Как правило, это греки [Антоний Муса, Руф Эфесский, Дисарий], иудеи [Адамантий], представители прочих наций и народностей [Диомид, Скрибоний Ларг, Целий Аврелиан], входивших в состав Римской империи.
2. В основном врачи изначально имеют статус рабов [Скрибоний Ларг], затем становятся вольноотпущенниками [Скрибоний Ларг, Антоний Муса] и гражданами [Менекрат] (в связи с проводимой политикой римских императоров).
3. Как правило, врачи были приверженцами традиционной языческой религии [Дисарий], но иногда — христианской [Диомид].
4. Некоторые (особенно, выдающиеся) врачи находились при дворах императоров [Гален, Квинт Серен Саммоник, Менекрат], будучи их личными врачами [Антоний Муса, Гален, Марцелл из Бурдигалы, Скрибоний Ларг, Менекрат, Феодор Присциан], а также врачами членов их семей [Антоний Муса, Гален] и ближайшего окружения. Все они имели высокие титулы [Адамантий], должности и привилегии, пользовались авторитетом [Антоний Муса, Гален].
5. Имеют место случаи происхождения врачей из знатных, богатых [Гален] и аристократических семей [Марцелл из Бурдигалы, Секст Нигер, Квинт Серен Саммоник], что, в свою очередь, способствовало получению хорошего образования [Гален], а впоследствии — высоких титулов и государственных должностей [Марцелл из Бурдигалы].
6. Образование, как правило, врачи получали либо в Александрии [Адамантий, Руф Эфесский, Гален], либо в специальных медицинских школах [Менекрат] и храмах-больницах [Гален], либо у известных учителей [Скрибоний Ларг, Феодор Присциан]. Интересы врачей были связаны с натурфилософией [Гален, Квинт Серен Саммоник,

Дисарий], собственно медициной (теоретической [Гален, Руф Эфесский, Секст Нигер, Менекрат, Феодор Присциан, Целий Аврелиан] и практической [Антоний Муса, Гален, Марцелл из Бурдигалы, Руф Эфесский, Секст Нигер, Скрибоний Ларг, Менекрат, Феодор Присциан]) и различными ее областями, например физиологией [Феодор Присциан] и фармакологией [Гален, Руф Эфесский, Феодор Присциан], а также биологией (ботаникой) [Феодор Присциан] и др. Помимо медицинской практики в круг занятий врачей входили преподавание [Адамантий], наставничество и обмен опытом; собирание рецептов [Марцелл из Бурдигалы] и противоядий [Феодор Присциан], изобретение лекарственных средств [Адамантий].

7. Большинство врачей — авторы сочинений, написанных в основном на греческом языке [Адамантий, Гален, Руф Эфесский, Секст Нигер], а также арабском [Руф Эфесский] и латинском [Руф Эфесский, Скрибоний Ларг]. В них рассматриваются не только специальные [Гален] и чисто медицинские, но и общие натурфилософские вопросы, коррелирующие с медициной и биологией, строением тела человека и его душой, недомоганиями и болезнями, а также средствами, позиционированными как волшебные или магические [Секст Нигер].
8. Врач обладает традиционным набором добродетелей, согласно философским и религиозным установкам своего времени [Скрибоний Ларг].
9. Врач имеет ряд обязанностей (например, оказание бесплатной медицинской помощи [Скрибоний Ларг]), а также прав и привилегий (в частности, освобождение от налогов).
10. Досуг врачей, имеющих высокий социальный статус, мог быть связан с собиранием книг [Квинт Серен Саммоник], а также ведением бесед на философские темы, как правило, во время праздничных дней [Дисарий].
11. Карьера врача (особенно, находящегося при дворе императора) не всегда могла быть успешной. Он мог быть изгнан [Антоний Муса], вынужден бежать на чужбину [Гален] или убит [Диомид].
12. Профессия врача в Риме не сразу получила признание: сначала к этому роду деятельности (как и самим врачам) в обществе относились скорее настороженно и со злым пренебрежением, чем с уважением [Гаспаров М.Л., 1993, с. 679–681], позднее, к IV–V вв., ситуация изменилась.

БИБЛИОГРАФИЯ⁴³

Балалыкин Д.А. Гален и галенизм в истории медицины. — М.: Весть, 2014. — № 1.

Библия. Евангелие от Марка / Синодальный перевод. — <https://bible.by/new-testament/> (февраль, 2021).

Ботвинник М. (пер.) / Онпекхейм А.Л. Древняя Месопотамия: Портрет погибшей цивилизации / Пер. М. Ботвинника. — М.: Наука, 1995. — https://www.history.vuzlib.ru/book_o014_page_32.html (февраль, 2021).

Ведешкин М.А. Социально-правовой статус врача в поздней Римской империи // История медицины. — 2018. — Т. 5(4). — С. 301–307.

⁴³ Оригинальные тексты см. в электронных базах данных: Packard Humanities Institute Latin Library texts [PHI 5, CD-ROM edition]; Thesaurus Linguae Graecae [TLG] или в открытом доступе в Интернете (<http://stephanus.tlg.uci.edu/>); Patrologia Latina [PL, CD-ROM edition] или в открытом доступе в Интернете (<http://patristica.net/latina/#t069>); Corpus Inscriptionum Latinarum [CIL] — <https://arachne.uni-koeln.de/drupal/?q=en/node/291> (февраль, 2021). Переводы источников на русский язык (кроме случаев, оговоренных особо), см. по имени переводчика в указанных (или иных) изданиях.

- Гаспаров М.Л. (пер.) / Гай Светоний Транквилл. Жизнь двенадцати цезарей / Пер. М.Л. Гаспарова. — М.: Наука, 1993.
- Гаспаров М.Л. Новая зарубежная литература о Таците и Светонии // Вестник древней истории. — 1964. — Т. 1(87). — 176–191.
- Гиро П. Частная и общественная жизнь римлян. — СПб.: Алетея, 1995. — <http://www.sno.pro1.ru/lib/giro/7-1.html> (февраль, 2021).
- Гнедич Н.И. (пер.) / Гомер. Илиада / Пер. Н.И. Гнедича. — М.: Наука, 1990.
- Голинкевич Н.Т. (пер.) / Афиней. Пир мудрецов, в 15 книгах. Кн. 9–15 / Пер. Н.Т. Голинкевича. — М.: Наука, 2016.
- Гончаренко С. (пер.) / Франсиско де Кеведо. Сатирический романс // В кн.: Европейская поэзия XVII века / Пер. С. Гончаренко. — М.: Художественная литература, 1977.
- Карначук Н.В. Микроисторический подход // В кн.: Теория и методология исторической науки. Терминологический словарь / Под ред. А.О. Чубарьяна. — М.: Наука, 2013.
- Кондратьев С.П. (пер.) / Юлий Капитолин. Жизнеописания Августов. XX (Трое Гордианов) // В кн.: Властелины Рима / Пер. С.П. Кондратьева. — М.: Наука, 1992. — <http://ancientrome.ru/antlittr/t.htm?a=1475002000#18> (февраль, 2021).
- Крюкова А.Н. Диомид // В кн.: Православная энциклопедия. Т. 15. — <http://www.pravenc.ru/text/178291.html> (февраль, 2021).
- Лисицын Ю.П. Медицинская этика, деонтология и биоэтика // Проблемы социальной гигиены и история медицины. — 1998. — № 2. — <http://www.fesmu.ru/elib/Article.aspx?id=20431> (февраль, 2021).
- Марчукова С.М. Медицина в зеркале истории. — СПб.: Европейский дом, 2003.
- Мелик-Гайказян И.В., Мещерякова Т.В. Клятва Гипократа: трансформация семантики и возрождение прагматики // СХОЛН. — 2015. — Т. 9(1). — С. 35–44.
- Микиртичан Г.Л., Джарман О.А. Соран Эфесский как античный римский врач и «первый педиатр» // Cursus Mundi: Человек Античности, Средневековья и Возрождения. — 2015. — № 7. — С. 73–87.
- Недович Д.С. (пер.) / Ювенал. Римская сатира / Пер. Д.С. Недовича. — М.: Художественная литература, 1989. — <http://ancientrome.ru/antlittr/t.htm?a=1536350003> (февраль, 2021).
- Никишин В.О. Цицерон и греки // Studia historica. — 2011. — № 11. — <http://ancientrome.ru/publik/article.htm?a=1366182796> (февраль, 2021).
- Петрова М.С. Макробий Феодосий и его Сатурналии // В кн.: Макробий Феодосий. Сатурналии / Пер. В.Т. Звиревича. Изд. подг. М.С. Петровой. — М.: Кругъ, 2013.
- Петрова М.С. Медики и риторы // В кн.: Макробий Феодосий. Сатурналии / Пер. В.Т. Звиревича. Изд. подг. М.С. Петровой. — М.: Кругъ, 2013.
- Петрова М.С. О формировании общественных отношений в Римской империи (I–V вв.) в ракурсе проблемного поля биоэтики (врачи и умельцы; наставники и учителя) // В кн.: Социально-гуманитарное познание: методологические и содержательные параллели / Под ред. А.В. Грехова, А.Н. Фатенкова. — М., 2019. — С. 263–284.
- Петрова М.С. Просопография // В кн.: Теория и методология исторической науки. Терминологический словарь / Под ред. А.О. Чубарьяна. — М.: Наука, 2013.
- Петрова М.С. Просопография как специальная историческая дисциплина на примере авторов Поздней Античности (Макробий Феодосий и Марциан Капелла). — СПб.: Алетея, 2004.
- Петровский Ф.А. (пер.) / Марк Валерий Марциал. Эпиграммы / Пер. Ф.А. Петровского. — СПб.: Комплект, 1994. — https://www.e-reading.club/chapter.php/138925/8/Marcial_-_Epigrammy.html (февраль, 2021).
- Риффель А.В. Избранные вопросы медицинского права. — М., 2008. — <https://www.monographies.ru/ru/book/section?id=656> (февраль, 2021).
- Руднев В.И. (пер.) / Гиппократ. О врачебном кабинете // В кн.: Избранные книги. Т. 1 / Пер. В.И. Руднева. — М., 1936.
- Руднев В.И. (пер.) / Гиппократ. О суставах // В кн.: Сочинения. Т. 3 / Пер. В.И. Руднева. — М.-Л.: МЕДГИЗ, 1941.
- Семенов А.В., Сучкова Т.Е. Некоторые аспекты становления института юридической ответственности врачей // Вестник Вятского государственного гуманитарного университета. — 2012. — С. 80–87.
- Сергеев М.Е., Доватур А.И. (пер.) / Письма Плиния Младшего. Книги I–X / Пер. М.Е. Сергеев, А.И. Доватур. — М.: Наука, 1982.
- Сорокина Т.С. История медицины, в 2 томах. — М.: Академия, 2008. — Т. 1, ч. 2, гл. 3. — <http://www.bibliotekar.ru/423/12.html> (февраль, 2021).
- Старостин Б.А. (пер.) / Плиний Старший. Естественная история // В кн.: Хрестоматия по истории науки и техники / Пер. Б.А. Старостина. — М., 2005.
- Стратановский Г.А. (пер.) / Геродот. История / Пер. Г.А. Стратановского. — М.: Наука, 1972.
- Трухина Н.Н. (пер.) / Дион Кассий. Римская История // В кн.: Хрестоматия по истории Древнего Рима / Пер. Н.Н. Трухиной. — М., 1987. — <http://pstgu.ru/download/1180511769.dion.pdf> (февраль, 2021).
- Церковная история Сократа Схоластика. — Саратов: Электро-Типография Авербах, 1911. — https://azbyka.ru/otechnik/Sokrat_Sholastik/tserkovnaja-istorija-socrata/ (февраль, 2021).
- Шульц М.Ю. (пер.) / Авсоний. О преподавателях Бурдигалы // В кн.: Стихотворения / Пер. М.Ю. Шульца. — М.: Наука, 1993.
- Шульц Ю.Ф. (пер.) / Цельс, Авл Корнелий. О медицине, в 8 книгах / Пер. Ю.Ф. Шульца. — М.: Наука, 1959. — <https://www.rulit.me/books/o-medicine-read-489942-1.html> (февраль, 2021).
- Bostock J., Riley H.T. (trans.) / The natural history of Pliny / Trans. by J. Bostock, H.T. Riley. Vol. V. — London, 1856.
- Burmannus P. et al. (eds.) / Claudianus. De quarto consulate honorii Augusti panegyris // In: Claudii Claudiani Opera omnia. — Londini, 1821. Vol. 1. — http://penelope.uchicago.edu/Thayer/L/Roman/Texts/Claudian/De_IV_Consulatu_Honorii*.html (февраль, 2021).
- Cary E. (trans.) Dio's Roman History. In 9 volumes. — London, New York, 1914–1927.
- Davies P.V. Introduction / Macrobius. The Saturnalia. — New York, London, 1969.
- Dezobry Ch. Rome au siècle d'Auguste, ou Voyage d'un Gaulois à Rome à l'époque du règne d'Auguste et pendant une partie du règne de Tibère. — 1875. — Vol. 3. Lettre XCIII. Les Médecins.

- Dill S.* Roman Society in the Last Century of the Western Empire. — London, 1899.
- Foerster R.* (ed.) / *Adamantius Judaeus. Physiognomonica* // In: *Scriptores physiognomonici Graeci et Latini*. Vol. 1 / Ed. by R. Foerster — Leipzig: Teubner, 1893.
- Glover T.R.* Life and Letters in the Fourth Century. — Cambridge, 1901.
- Howald E., Sigerist H.E.* (hrsg.) / *Antonii Musae De herba vettonica liber. Pseudoapulei herbarius. Anonymi de taxone liber. Sexti Placiti liber medicinae ex animalibus etc.* / Hrsg. E. Howald, H.E. Sigerist. — Leipzig: Teubner, 1927.
- Imperatoris Theodosii Codex. Lib. XIII: De Medicis et Professoribus; Lib. XIV: De Studiis Liberalibus urbis Romae et Constantinopolitanae; Lib. VI, 21, 1: De professoribus, qui in urbe Constantinopolitana docentes ex lege meruerint comitivam.* — <http://ancientrome.ru/ius/library/codex/theod/liber13.htm#3>; <https://droitromain.univ-grenoble-alpes.fr/Constitutions/CTh13.html> (февраль, 2021).
- Jones A.H.M., Martindale J.R., Morris J.* The Prosopography of the Later Roman Empire. Vol. I: AD 260–395. — Cambridge: Cambridge University Press, 1971.
- Jones A.H.M., Martindale J.R., Morris J.* The Prosopography of the Later Roman Empire. Vol. II: AD 395–527. — Cambridge: Cambridge University Press, 1980.
- Langslow D.R.* Medical Latin in the Roman Empire. — Oxford: Oxford University Press, 2000.
- Nutton V.* Archiatri and the Medical Profession in Antiquity // In: *Papers of the British School at Rome*. — 1977. — P. 45.
- Oribasius Med.* Synopsis ad Eustathium filium // In: *Oribasii synopsis ad Eustathium et libri ad Eunapium [Corpus medicorum Graecorum]*. Vol. 6.3 / Ed. by J. Raeder. — Amsterdam: Hakkert, 1964.
- Rose V.* (ed.) / *Adamantius Judaeus. De ventis* // In: *Anecdota Graeca et Graecolatina*. Vol. 1 / Ed. by V. Rose. — Amsterdam: Hakkert, 1963.
- Seech O.* (ed.) / *Symmachus. Epistulae* // In: *Symmachi opera quae supersunt*. Vol. 6/1 / Ed. by O. Seech. — Berolini, 1883.
- Sharpe W.D.* (ed.) Introduction to “Isidore of Seville”: The Medical Writings // In: *Transactions of the American Philosophical Society*. — 1964. — P. 54.
- Smith W.* (ed.) A Dictionary of Greek and Roman biography and mythology. — London, 1890. — https://en.wikisource.org/wiki/A_Dictionary_of_Greek_and_Roman_Antiquities (февраль, 2021).

Стремительное развитие биоэтики¹ в конце XX — начале XXI вв., обусловленное глобальными процессами, происходящими во всех областях жизни человека, способствует расширению проблемного поля этой дисциплины² и стимулирует ее рассмотрение в качестве ведущей и самостоятельной отрасли знания. На настоящем этапе развития науки биоэтика, концентрируя свое внимание в первую очередь на медицине и биологии (с учетом своей философской и социальной составляющих³), находится в весьма тесном контакте и взаимодействии с дисциплинами исторического профиля⁴.

Специалисты-историки, с одной стороны, ориентируются на рассмотрение проблем, связанных с биоэтикой, в историческом контексте и социокультурной динамике общества недавнего прошлого. С другой стороны, они предпринимают попытки проанализировать применимый к биоэтике европейский опыт становления моральных, этических и поведенческих норм человека на широком временном диапазоне (от Античности вплоть до современности). Для них становится важным не только выявить отношение того или иного раннего общества к врачу, пациенту (и шире — индивиду, его личности, душе и телу), а также собственно болезни в разных культурных традициях (западной и восточной, христианской и нехристианской), но и показать динамику таких отношений.

Такой подход требует проведения целого ряда микроисторических исследований⁵, предполагающих максимально детализированное изучение поведения человека, формирования его взглядов, этических норм, оценочных действий и др., чтобы понять, каким образом происходит сопряжение его индивидуальных стремлений с современным ему обществом и индивидами внутри него.

В настоящем разделе рассматривается один из частных случаев возможного использования болезни и связанного с ней состояния в личных целях. С этой целью анализируется конфликтный эпизод из придворной жизни Эйнхарда (ок. 770–840 гг.) [Петрова М.С., 2005,

¹ Эта дисциплина направлена на систематическое исследование нравственных параметров достижений медицины и биологии, включая моральную оценку принятых человеком решений, а также их возможных последствий для общества.

² В числе таковых не только общетеоретические, деонтологические, институциональные (например, те, которые ориентированы на выявление общечеловеческих ценностей, организацию систем здравоохранения), но и так называемые открытые, требующие разработки понятийного аппарата, выбора методов их решения. Применительно к деонтологии мы придерживаемся подхода, обозначенного Ю.П. Лисицыным [Лисицын Ю.П., 1998, с. 7–13]. Однако мы полагаем, что при рассмотрении вопроса о выстраивании этических отношений между врачом и пациентом не следует оставлять без внимания частные проблемы, связанные с возможностью спекуляции человеком своей болезнью, например, с целью получить незаслуженные преференции, освободиться от каких-либо обязанностей и др., а также направленные на выявление причин неэтичного поведения врача. См., например: Ильина Ю., 2019 г.

³ В ракурсе своей философской и социальной направленности биоэтика связана с исследованием экологических, медицинских, социальных и правовых проблем, непосредственно касающихся человека, с целью оценить результаты развития новых технологий и идей в медицине и биологии.

⁴ Здесь мы имеем в виду те релевантные направления этой области знания, которые связаны с изучением собственно истории медицины и биологии, этики, психологии, антропологии и гендерной истории в ее социальном, культурологическом и религиозно-этическом аспектах. О проблемном поле биоэтики см.: Огурцов А.П., 1994; Петрова М.С., 2018; Шок Н.П. и др., 2018.

⁵ О микроисторических исследованиях см.: Карначук Н.В., 2013, с. 282–284.

2008] времен династической смуты 30-х годов IX в., связанный с его нежеланием подчиниться приказу императрицы Юдифи (ум. 843 г.)⁶, жены Людовика Благочестивого (778–840 гг.). Он реконструирован нами по письмам Эйнхарда, обращенным к самой Юдифи, Людовику, людям из королевского окружения⁷.

Здесь мы принимаем во внимание политическую ситуацию 830-х годов, описанные Эйнхардом обстоятельства перенесения останков святых Марцеллина и Петра⁸ из Рима во Франкию⁹, а также ряд относящихся к тому времени источников эпистолярного, правового и нарративного характера. На основании сопоставления таких весьма разнообразных свидетельств можно не только воссоздать конфликтную ситуацию, возникшую между Юдифью и Эйнхардом, но и показать, каким образом Эйнхард смог выйти из нее, сославшись на продолжительную болезнь.

Похуже, Эйнхард¹⁰ был весьма осторожным человеком. Подтверждением этому служат слова Валафрида Страба (809–849 гг.)¹¹, составившего «Пролог» к изданному им (840 г.) жизнеописанию Карла: «...Не только во времена... Карла, но что еще удивительнее, и в правление императора Людовика, когда государство франков содрогалось от множества разнообразных потрясений... Эйнхард чудесным образом по наитию свыше сохранил положение и при покровительстве Божьем уберег себя от того, чтобы преждевременно утратить свое высокое звание, бывшее для многих причиной краха, и не лишился его в смертельных опасностях» [Страб В., 2005].

В приведенном высказывании Валафрид, скорее всего, имел в виду наступившее сразу после смерти Карла Великого (814 г.) смутное время, когда на престол вступил Людовик, которого сам Карл еще при жизни (813 г.) и «всеобщем согласии знатнейших франков» провозгла-

⁶ Юдифь — вторая жена Людовика. В различных версиях Франкских анналов, а также в нарративных источниках сохранились сведения о том, как Людовик выбрал супругу. См., например: *Pertz G.H. Annales Laurissenses continuatio auctore Einhardo* (a. 819) (далее — *Ann. Lauriss.*) // *Monumenta Germaniae Historica* (далее — *MGH*), 1883, vol. 1, p. 205: «...Imperator, inspectis plerisque nobilibus filiabus, Huelpi comitis filiam, nomine luidith, duxit uxorem» («...Император, осмотрев множество дочерей знати, взял в жены дочь графа Хвэльпа по имени Юдифь», пер. М.С. Петровой). *Pertz G.H. Annales Fuldenses* (a. 819) (далее — *Ann. Fuld.*), *MGH*, 1883, vol. 1, p. 357: «Imperator, inspectis plerisque nobilibus filiabus, luidith filium Huelpi comitis duxit uxorem» («Император, осмотрев множество дочерей знати, взял в жены Юдифь, дочь графа Хвэльпа», пер. М.С. Петровой). См. также: *Pertz G.H. Vita Hludowici imperatoris* (далее — *Vita Hlud.*), *MGH*, vol. 2, p. 596: «В следующем году он женился на дочери своего герцога Хвельфа, (происходившего) из знатнейшего баварского рода, по имени Юдифь, которая со стороны матери, Эйгильви, принадлежала к знатнейшему саксонскому роду, и сделал ее королевой. Была же она очень красива» (пер. А.И. Сидорова, цит. по [Теган, 2003]); *Pertz*, ad loc., p. 624: «...Он осмотрел свезенных отовсюду дочерей знатных мужей и взял в жены Юдифь, дочь благородного графа Вельпона» (пер. А.В. Тарасовой, цит. по [Астроном. Жизнь императора Людовика, 1999, с. 60]).

⁷ См.: *Hampe K.*, 1898–1899, p. 105–142; *Migne J.-P.*, 1844–1855, vol. 104. Среди находившихся у власти корреспондентов Эйнхарда помимо Юдифи был император Людовик, а также его сыновья от первого брака Лотарь (796–855 гг.) и Людовик Германский (ок. 806–876 гг.).

⁸ См.: *Waiz G.*, 1888, p. 239–264. Перевод М.С. Петровой первой книги этого сочинения см.: *Петрова М.С.*, 2004; Эйнхард, 2004.

⁹ О том, что мощи святых были доставлены во Франкию, отмечено в *Анналах*, хотя их версии различаются относительно месяца «прибытия» святых. См.: *Pertz G.H. Ann. Lauriss.*, p. 216: «Corpora beatissimorum martirum Marcellini et Petri de Roma sublata, et Octobrio mense in Franciam translata, et ibi multis signis atque virtutibus clarificata sunt» («Тела блаженнейших мучеников Марцеллина и Петра были вынесены из Рима и в октябре доставлены во Франкию и там были прославлены многими знаменами и благами деяниями», пер. М.С. Петровой); *Pertz G.H. Vita Hlud.*, p. 359: «Corpora beatorum Christi martyrum Marcellini et Petri mense Novembrio in Franciam allata sunt» («Тела блаженных мучеников Христа Марцеллина и Петра в ноябре были перенесены во Франкию», пер. М.С. Петровой). См. также: *Pertz*, ad loc., p. 631.

¹⁰ Подробнее см.: *Петрова М.С.*, 2005, с. 18–20.

¹¹ Поэт при дворе Людовика и Юдифи, воспитатель их сына (будущего короля Карла Лысого). Подробнее см.: *Шульц Ю.М.*, 2000.

сил соимператором и сонаследником [Holder-Egger O., 2011]¹². Вряд ли случайно то, что многие из подписавших составленное Карлом завещание [Holder-Egger O., 2011] позднее, после принятия в 817 г. документа о разделе Империи («*Divisio imperii*») между тремя сыновьями¹³ Людовика¹⁴, открыто выступили против императора, были удалены от двора или заключены в тюрьму¹⁵.

Кроме того, при составлении пролога Валафрид мог подразумевать события, связанные с пересмотром Людовиком (в 829 г.) условий упомянутого договора о разделе Империи в пользу рожденного императрицей Юдифью¹⁶ младшего сына — Карла (823–877 гг.), впоследствии прозванного Лысым. На самом деле изменение одобренного ранее документа затронуло интересы всех старших сыновей Людовика, особенно Лотаря¹⁷. Вокруг последнего объединились недовольные и, прежде всего, те, кто был оттеснен от двора новой императрицей Юдифью, назначавшей на государственные посты верных себе людей¹⁸. За этими событиями последовали восстания франкской знати против Людовика (830–831 гг.), пленение императора (июнь 833 г.) его старшими сыновьями, несогласными с политикой перераспределения земель, а также его низложение и заточение в монастырь (июнь 833–834 гг.)¹⁹.

Среди перечисленных событий было еще одно, случившееся в 830 г., т. е. сразу после изменения Людовиком условий прежнего договора. Пипин, один из сыновей Людовика, и вставшие на его сторону знатные франки²⁰ обвинили Юдифь в измене, схватили ее и отправили в монастырь²¹. Именно на это время приходится письмо Эйнарда, обращенное к императрице и составленное в марте — апреле 830 г. В нем Эйнарда отказывается прибыть ко двору по ее приказу: «Позвольте объяснить нашей благочестивейшей Госпоже, что после того, как я, Ваш

слуга, покинул Ахен, меня охватил столь [сильный] недуг, что из Траекта до Валансьена²² я смог добраться едва ли за десять дней. Я почувствовал столь сильную боль в почках и селезенке, что, не будучи здоровым, не мог проехать в течение дня в седле даже и мили. Посему я смиренно взываю к Вашей Милости, чтобы мне с Вашего разрешения было позволено добраться на лодке к [монастырю] Святого N.²³ и там оставаться до тех пор, пока всемогущий Господь не соизволит даровать мне силы продолжить путь. Как только я смогу сесть на коня, я поспешно прибуду к Вам или к императорскому дворцу [Людовика] или поступлю [иначе], как Вам заблагорассудится. Ныне же я со слезами взываю к Вашей Милости соблагovolить и испросить для меня прощение у милосерднейшего господина моего [Людовика], когда Вы к нему прибудете, поскольку [сам] я [не в силах] предстать перед Вами. Господь свидетель, я не написал Вам ничего ложного о своем недуге; и [ведь] не только этим [я озабочен], но и прочим, более серьезным, от чего страдаю, но говорить о чем я могу лишь с самыми близкими. Однако Вы должны знать, что не сможете стяжать награды в глазах Господа, если решите, что мне надлежит поторопиться [к Вам, в то время как] я исправно служу святым мученикам Христа. В самом деле, из [монастыря] Святого N. я смогу прибыть [в Муленхайм]²⁴²⁵ на лодке лишь на пятнадцатый день²⁶».

Эйнарда намеренно упоминает о других обстоятельствах, не позволивших ему явиться к Юдифи, и о болезнях, относительно которых он, по его словам, может поведать лишь близким людям. Эйнарда не мог не сознавать, насколько сильным окажется гнев императрицы²⁷, когда она получит его послание. Он также понимал, что она может захотеть удостовериться, действительно ли Эйнарда тяжело болен.

Вероятно, два других письма Эйнарда, обращенные к еще одному корреспонденту, должны были служить подтверждением его болезни. Их скрытая цель — смягчить недовольство императрицы. Первое из них написано Эйнардом примерно в то же время, что и письмо к Юдифи, возможно, несколько позже (в апреле 830 г.). Скорее всего, оно адресовано Герварду — библиотекарю Людовика, а также распорядителю королевского двора. В нем подробно описаны те же симптомы болезни, о которой Эйнарда пишет Юдифи, но здесь они дополнены оправданиями отказа выполнить королевский приказ и просьбой о заступничестве перед Людовиком и его женой: «Если бы мне не мешала телесная немощь, я не посылал бы этого письма, а вместо того приехал сам и находился бы возле Вас, в то время как с Вами происходили те [события]. Но теперь, когда я оказался в столь стесненных обстоятельствах, я прошу Вашу Милость соблагovolить заступиться за меня перед благочестивейшим Господином нашим и Императором. Когда королева [Юдифь] отправлялась из Ахена, а я не мог сопровождать ее в то время, она приказала мне присоединиться к ней позже в Компьене. Пытаясь исполнить ее предписание, я с большим трудом прибыл в Валансьен через десять дней. Оттуда, поскольку я уже не мог ехать верхом, я двинулся на лодке до [монастыря] Святого N.²⁸ Сильный понос и [острая] боль в почках сменяли друг друга так часто, что не было дня после моего отъезда из Ахена, чтобы я не страдал от того или другого. Равным образом [меня беспокоили] и другие [недуги], являющиеся следствием болезни, свалившей меня в прошлом году, а именно постоянное онемение правого бедра и почти невыносимая боль в селезенке. Поскольку меня осаж-

¹² См. также: Петрова М.С., 2005, с. 39–41.

¹³ Речь идет о сыновьях от первого брака Людовика с Эрменгардой (ок. 794–818 гг.).

¹⁴ См.: Migne J.-P., 1844–1855, vol. 97, col. 373C–80D, или см.: Pertz G.H. *Ordinatio imperii*, MGH, vol. 1, p. 198–200. Согласно этому документу, центральные и лучшие земли были отданы старшему сыну Лотарю, назначенному соправителем отца. К нему же перешла вся полнота власти. Два других сына императора, Пипин (ок. 797–838 гг.) и Людовик (Германский), получили земли на окраинах, оказавшись в зависимости от старшего брата (пер. А. Волицев [Людовик I. Благочестивый. Раздел империи 817 года, https://drevlit.ru/docs/france/IX/800-820/Ludwig_I/divisio_imperii_817.php, (февраль, 2021)]).

¹⁵ Например, епископ Орлеана Теодульф, низложенный в 817 г. См.: Pertz G.H. *Vita Hlud.*, p. 596.

¹⁶ Юдифь, обладая не только красотой, но и властолюбием, подчинила своей воле императора и создала при дворе собственную партию, намереваясь самостоятельно управлять государством. О политике Юдифи по переделу наследства в пользу сына Карла см.: Ward E., 1990.

¹⁷ Благодаря новому документу о разделе Империи (829 г.) юный Карл получал Аламанию, Рецию и Бургундию. См.: Pertz G.H. *Vita Hlud.*, p. 597.

¹⁸ Эйнарда, очевидно, был среди тех, кто пользовался расположением императрицы. Во всяком случае, об этом может свидетельствовать пожалованный Юдифью дар мученикам Марцеллину и Петру, останки которых находились под патронатом Эйнарда. См.: Waitz, ad loc., p. 247: «...После совершения божественной службы, на которой присутствовали Людовик и королева Юдифь, она подарила [им] свой пояс, сделанный из золота и драгоценных камней, весом в три римских фунта» (пер. М.С. Петровой).

¹⁹ Старшие сыновья Людовика Благочестивого пленили его и организовали над ним суд, который проходил в Компьене и Суассоне. По решению суда Людовик был лишен власти и находился под надзором сначала в монастыре св. Медарда в Суассоне, затем — в королевском дворце в Ахене. Из-за дальнейших разногласий между сыновьями (Лотаря, с одной стороны, Людовика и Пипина — с другой) вспыхнуло новое восстание (834 г.), в результате которого Людовик был освобожден и официально восстановлен на престоле (835 г.). См.: Pertz G.H. *Vita Hlud.*, p. 587–601, 634–639; Pertz G.H. *Nithardi historiarum libri*, MGH, vol. 2, p. 651–653; Pertz G.H. *Annales Xantenses*, MGH, vol. 2, p. 225–226 (пер. А.И. Сидорова, в кн.: Историки эпохи Каролингов [Тарасова А.В., 1999, с. 97–140, 161–185]).

²⁰ Вместе с Пипином выступили епископ Амьена Иессе, ранее подписавший завещание Карла Великого [Holder-Egger O., 2011], архикапеллан Людовика Благочестивого и аббат монастыря св. Медарда в Суассоне Гильдуин [Pertz G.H. *Vita Hlud.*, p. 597].

²¹ В том же 830 г., после того как Людовик победил оппозицию, Юдифь вернулась во дворец [Pertz, ad loc., p. 597–598], Иессе был низложен [Ibid., p. 598], Гильдуин отправлен в изгнание.

²² От Траекта (Маастрихта) до Валансьена 110 миль, или 176 км.

²³ Монастырь Святого Бовона (см. также сноску 31).

²⁴ См. ниже письмо к Людовику.

²⁵ Впоследствии Зелигенштадт.

²⁶ Перевод М.С. Петровой. Оригинальный текст см.: Hampe K., 1898–1899, p. 116–117.

²⁷ Заметим, что к приказам Юдифи относились так же, как к приказам самого императора Людовика [Ward E., 1990].

²⁸ Заметим, что к приказам Юдифи относились так же, как к приказам самого императора Людовика [Ward E., 1990].

дают эти недуги, моя нынешняя жизнь уныла и почти полностью безотраднa, в первую очередь из-за страха, что я умру не там, где хотел бы, а [также] потому, что на меня возложены и другие дела помимо служения святым мученикам Христовым. По этой причине я призываю и умоляю Вас через Марцеллина и Петра, блаженных мучеников Христовых, соблагословить заступиться за мое ничтожество перед благочестивейшим императором, чтобы он не думал сердиться на меня из-за того, что я не встретил его как те, что смогли это сделать. Я сделал бы все от меня зависящее, чтобы приехать, если бы мог, и приеду, как только смогу; но будущим рядом [с ним] или находясь в отдалении, я остаюсь верным ему. Посему прошу Вашу Милость соблагословить оповестить меня Вашим письмом так скоро, как только сможете, о том, что произошло или будет происходить [во дворце]. Надеюсь, Вы всегда будете процветать во Господе. [Постскриптум] Все, что ныне совершается в этом королевстве, было предсказано два года назад в откровениях²⁹, [снизошедших] через мучеников Христовых»³⁰.

Судя по симптомам, болезнь Эйнхарда напоминает дизентерию. Можно предположить, что заболевание, совпавшее с уже упомянутым выше восстанием 830 г., позволило ему зайти в тихом месте и переждать «те события», о которых он неоднократно упоминает [Dutton P.E., 1998, p. XXIV–XXV].

Второе письмо также адресовано Герварду, который, получив предыдущее послание, вероятно, не стал заступаться за Эйнхарда, а посоветовал ему исполнить приказ королевы. Но, поскольку опасность еще не миновала, Эйнхард в том же 830 г.³¹ продолжает жаловаться Герварду на телесную слабость и недомогание. В этом послании можно уловить и нотки раздражения: «Эйнхард желает вечного спасения во Господе дражайшему брату³² Герварду. Мне неясно, что и думать о Вас³³: то ли Вы не поняли моего письма, то ли не обеспокоились опасностью, в которой я нахожусь. Я склоняюсь к первому истолкованию, ибо скорее подумаю, что из-за какой-то занятости мое письмо не было тщательно прочитано и понято, чем поверил бы, что Ваша Милость не обеспокоилась опасностью, грозящей мне. Вы побуждаете, а скорее, советуете мне перестать печься о мучениках, вместе с которыми мне приказано оставаться и неотлучно присутствовать при них, и прибыть во дворец; в то время как семидневное отсутствие грозит мне наказанием в будущем. Но в моем состоянии промедления нельзя избежать, как из-за того, чтобы просто выехать во дворец, так и во время самого пути, который надлежит пройти до дворца — ведь я редко был способен преодолеть расстояние из Ахена к обители мучеников [в Муленхайме] быстрее, чем за семь дней, и по причине дорожных трудностей, и по причине телесной слабости. Но теперь я прошу Вас и настоятельно умоляю вновь перечитать и понять письмо, которое я Вам послал. Не откажите написать мне в ответ, как я и просил Вас в моем письме уже достаточно давно, относительно того, удивили ли Вас откровение и поручение, которыми я был связан³⁴. Посланцы имеются в достатке, если хотите, пошлите то, что

²⁹ Cp. *Waitz*, ad loc., p. 250: «Ныне мы видим, что многое из того, о чем тогда было предсказано, исполнилось на самом деле» (пер. М.С. Петровой).

³⁰ Перевод М.С. Петровой. Оригинальный текст приводится по [Hampe, ad loc., p. 117].

³¹ Появление этого письма отнесено издателями к промежутку между 830–840 гг. [Hampe, ad loc., p. 135]. В контексте политической ситуации того периода, на наш взгляд, следует придерживаться более ранней датировки.

³² Об именовании «брат» и «сестра» в переписке см.: *Петрова М.С.*, 2008, с. 25, 27.

³³ Здесь и далее в оригинальном тексте при обращении Эйнхарда к Герварду употребляется местоимение *tu*, свидетельствующее, вероятно, как о равном положении обоих корреспондентов, так и о личном и доверительном характере послания. Однако, следуя предыдущему письму, в переводе мы сохранили более вежливую форму обращения.

³⁴ Речь идет о так называемой «Книге эдиктов», составленной Эйнхардом и предназначенной для Людовика. Чудесную историю ее появления Эйнхард изложил в трактате о перенесении останков святых [Waitz, ad loc., p. 252–253].

напишите, через моего помощника Бамота. Надеюсь, что Вы всегда будете благополучны во Господе, дражайший и любезнейший брат и господин»³⁵.

Возможно, некоторое раздражение Эйнхарда было связано с тем, что к этому моменту он уже рассчитывал на заступничество самого Людовика, которому тоже поведал о своем затруднительном положении (вероятно, также в апреле 830 г.), сославшись на его же приказ: «Ничтожный слуга [желает здравствовать во Господе] величайшему Господину [императору Людовику]. Вы, мой наипочтеннейший Господин, помните, что позволили мне в то время, когда моя Госпожа [императрица Юдифь] прибыла с Вами, продолжить дело по сбережению блаженных мучеников Христа [в Муленхайме]; я [и] желал делать это. Но затем моя Госпожа приказала мне [вместо этого] последовать за ней в Компьень; я подчинился ее приказу и выехал вслед за ней в Компьень, как только лошади оказались готовы. Но вскоре меня охватила боль в селезенке и почках, и я оказался так слаб, что с трудом мог преодолеть расстояние от Траекта до Валансьена. В связи с этим, поскольку я не надеялся, что смогу дальше ехать верхом, я взял лодку и отправился по реке к [монастырю] Святого N. [Бовона], где ныне нахожусь в крайне затруднительном положении и [мучаясь от] боли. Прошу и молю, чтобы Ваша Милость соблагословила даровать мне позволение проследовать к месту [в Муленхайме], где оставлены святыя тела Ваших почтеннейших покровителей. В самом деле, я могу достичь этого места на лодке за пятнадцать дней от [монастыря] Святого N. [Бовона]. Вы могли бы ниспослать величайшую награду для себя перед Господом, если бы позволили мне продолжить службу Его святым, [а] я бы смог получить это [позволение], пока еще жив. Я верю, что святыя мученики заступятся за Вас перед Господом, если Вы соблагословите возложить на меня служение им вместо моей службы Вам. И если вы окажете мне помощь в этом, я не смогу сделать большего для Вас в какой-либо другой части Вашего королевства, чем там»³⁶.

Чуть позже (в том же 830 г.), вероятно получив согласие Людовика, Эйнхард навсегда покинул Ахен и королевский двор. Переселившись в Муленхайм, он до конца своих дней (14 марта 840 г.) пребывал хранителем мощей Марцеллина и Петра³⁷. Таким образом, сославшись на болезнь, он весьма достойно отказался от выполнения приказа императрицы.

БИБЛИОГРАФИЯ

Астроном. Жизнь императора Людовика // В кн.: Историки эпохи Каролингов / Пер. А.В. Тарасовой. — М., 1999.

Ильина Ю. Врачебные тайны. Как медиков вынуждают обманом вымогать у нас деньги // Аргументы и Факты. — 2019. — № 4. — http://www.aif.ru/society/healthcare/vrachebnye_tayny_kak_medikov_vynuzhdayut_obmanom_vymogat_u_nas_dengi?utm_source=news.mail&utm_medium=paid&utm_campaign=mail_barter (февраль, 2021).

Карначук Н.В. Микроисторический подход // В кн.: Теория и методология исторической науки. Терминологический словарь / Под ред. А.О. Чубарьяна. — М., 2013.

Лисицын Ю.П. Медицинская этика, деонтология и биоэтика // Проблемы социальной гигиены и история медицины. — 1998. — № 2. — <http://www.fesmu.ru/elib/Article.aspx?id=20431> (февраль, 2021).

³⁵ Перевод М.С. Петровой. Оригинальный текст см.: *Hampe*, ad loc., p. 135.

³⁶ Перевод М.С. Петровой. *Ibid.*, p. 118.

³⁷ О занятиях Эйнхарда, после того как он оставил службу при дворе, и о его взаимоотношениях с Серватом Лупом см.: *Петрова М.С.*, 2007.

Людвиг I Благочестивый. Раздел империи 817 года / Пер. А. Волынец — http://www.vostlit.info/Texts/Dokumenty/France/IX/800820/Ludwig_I/divisio_imperii_817.htm (февраль, 2021)

Нитхард. История в четырех книгах // В кн.: Историки эпохи Каролингов / Пер. А.И. Сидорова. — М., 1999. — С. 97–142.

Огурцов А.П. (ред.) Биоэтика: проблемы и перспективы // Вопросы философии. — 1994. — № 3.

Петров Ф.В., Петрова М.С. Болезнь как способ ухода от конфликта в средневековом социуме // Электронный научно-образовательный журнал «История». — 2019. — Т. 10. — Вып. 4(78). — <https://history.jes.su/s207987840005220-1-1/> (февраль, 2020).

Петрова М.С. Биоэтическое знание и проблемы биоэтики в контексте социокультурной динамики общества (круглый стол) // Диалог со временем. — 2018. — № 65. — С. 417–423.

Петрова М.С. Из истории одного манускрипта (Parisinus Latinus 6370) // Диалог со временем. — 2007. — № 18. — С. 365–369.

Петрова М.С. История частной жизни: Эйнхард и Имма // Диалог со временем. — 2008. — № 23. — С. 24–31.

Петрова М.С. Эйнхард и его святые мертвецы // Средние века. — 2004. — Вып. 65. — С. 289–295.

Петрова М.С. Эйнхард: историк в истории // В кн.: Жизнь Карла Великого / Пер. М.С. Петровой. — М., 2005. — С. 7–26.

Страб В. Пролог // В кн.: Эйнхард. Жизнь Карла Великого / Пер. М.С. Петровой. — М., 2005. — С. 46–49.

Теган. Деяния императора Людовика / Пер. А.И. Сидорова. — СПб., 2003.

Шок Н.П., Щеглов А.П., Соложенкин Б.С. Философский дискурс биоэтики // Философия науки. — 2018. — № 4/79. — С. 166–180.

Шульц Ю.М. Дидактическая поэзия каролингского и посткаролингского времени // В кн.: Валафрид Страбон. Вандальберт Прюмский. Марбод Реннский. — М., 2000. — С. 111–118.

Эйнхард. Жизнь Карла Великого / Пер. М.С. Петровой. — М., 2005. — С. 50–151.

Эйнхард. Перенесение мощей и чудеса святых Марцелина и Петра / Пер. М.С. Петровой // Средние века. — 2004. — Вып. 65. — С. 295–310.

Dutton P.E. (ed.) Charlemagne's courtier. — Peterborough, 1998.

Hampe K. (ed.) Einharti epistolae // In: Monumenta Germaniae Historica: Epistolae. Vol. 5. — Hanover, 1898–1899.

Holder-Egger O. (ed.) Einhardi Vita Karoli Magni // In: Monumenta Germaniae Historica: Scriptores. — Hanover, 1911.

Migne J.-P. (ed.) Divisio imperii // In: Patrologia Latina. — 1844–1855. — Vol. 97.

Migne J.-P. (ed.) Eginhardi epistolae // In: Patrologia Latina. — 1844–1855. — Vol. 104.

Pertz G.H. (ed.) Annales Fuldenses // In: Monumenta Germaniae Historica: Scriptores. Vol. 1. — 1883.

Pertz G.H. (ed.) Annales Laurissenses continuatio auctore Einhardo // In: Monumenta Germaniae Historica: Scriptores. Vol. 1. — 1883.

Pertz G.H. (ed.) Annales Xantenses // In: Monumenta Germaniae Historica: Scriptores. Vol. 2.

Pertz G.H. (ed.) Nithardi historiarum libri // In: Monumenta Germaniae Historica: Scriptores. Vol. 2.

Pertz G.H. (ed.) Ordinatio imperii // In: Monumenta Germaniae Historica: Leges. Vol. 1. — 1883.

Pertz G.H. (ed.) Vita Hludowici imperatoris // In: Monumenta Germaniae Historica: Scriptores. Vol. 2.

Waitz G. (ed.) Translatio et miracula sanctorum Marcellini et Petri auctore Einhardo // In: Monumenta Germaniae Historica: Scriptores. Vol. 15. — Hanover, 1888. — P. 1.

Ward E. Caesar's wife: the career of the empress Judith (819–829) // In: Charlemagne's Heir: new perspectives on the reign of Louis the Pious (814–840) / Ed. by P. Godman, R. Collins. — Oxford, 1990. — P. 205–227.



ГЛАВА II

СОВЕТСКАЯ МЕДИЦИНА В РАКУРСЕ БИОЭТИКИ: ОБЩЕСТВЕННЫЕ ДИСКУССИИ И МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

Этико-деонтологические аспекты интеграции восточных медицинских практик в медицину СССР: дискуссии 1930-х годов

О.С. Нагорных

Трансформация международной системы в конце XX — начале XXI вв. носит всеохватывающий и глубокий характер, на ее фоне современные отношения России и Китая выходят на новый, более высокий уровень. Китай приобретает статус главного партнера России как в военно-политическом, так и экономическом плане, продолжая активизировать не только глобальные инициативы (такие, как «Один пояс — один путь»), но и множество разнообразных совместных торговых, экономических, культурных проектов [Лексютина Я.В., 2015]. Одновременно в фокусе внимания оказывается и здравоохранение, выступающее в роли социальной сферы (без которой трудно представить себе нормальное развитие государства) и в качестве важной составляющей научных и дипломатических контактов между странами. Современные наукоёмкие достижения китайской медицины во многом опережают зарубежные. Специфика организации научного поиска в сфере биотехнологий и темпы развития наук зачастую формируют новые этические вызовы или усложняют имеющиеся нравственные дилеммы, создавая необходимость пересмотра хрупкого консенсуса мирового научного сообщества.

История взаимоотношений СССР и КНР в первой половине XX в. не укладывается исключительно в плоскость межгосударственных политических контактов, экономических связей и регулирования приграничных территорий. Развитие двусторонних связей России и Китая, обусловленных в первую очередь общей границей, в течение длительного времени дополнялось новыми формами сотрудничества. В поле общих интересов вошли также культура, образование, медицина. Наряду с историческим и политологическим анализом различных форм сотрудничества, среди которых на первый план выходят, безусловно, экономические и внешнеполитические факторы, гуманитарная сфера остается важным механизмом взаимодействия стран. В исторической науке все чаще появляются исследования, затрагивающие во-

просы различных форм гуманитарного сотрудничества КНР и России как в современном мире¹ [Ван Гохун, 2017; Гусева Н.Ю., Мамкина И.Н., 2017; Виноградов А.О., 2018; Лузянин С.Г., 2018], так и в исторической ретроспективе [Лукин А.В., 2013]. Однако все еще мало внимания уделяется как роли личности ученого в этом процессе, так и влиянию общественно-политической ситуации в стране и в организации науки на выбор предмета исследования. Особенно важным представляется проблема выявления личностных особенностей ученого, а также понимания того, как они отразились на выборе им тактики и стратегии научного поиска в рамках такого сотрудничества, способах его самовыражения в борьбе за отстаивание своих научных взглядов.

Связи России и Китая в области медицины имеют достаточно длительную историю: начавшись с контактов русских врачей в составе Русской духовной миссии в Пекине, они постепенно расширялись. И здесь важно учитывать особенности развития Китая, его политику в области медицины, направленную на заимствование технологий.

История развития медицины и здравоохранения в Китае тесно связана с контактами с Советской Россией. Рассмотрение этого процесса и реконструкция отдельных исторических сюжетов в процессе формирования отношений между двумя государствами в XX в. будут способствовать лучшему пониманию причин возникновения социальных вызовов, возникающих в т. ч. в академической науке КНР.

В центре внимания — деятельность Ленинградской инициативной группы по изучению восточной медицины, результатом которой стало решение об открытии в Ленинграде первой клиники восточной медицины, а также последствий такого рода начинаний. Основные источники — материалы переписки членов инициативной группы с руководством Ученого медицинского совета (УМС) Народного комиссариата по делам здравоохранения (НКЗ) РСФСР, лечебными учреждениями и врачами об использовании методов восточной медицины, а также стенограммы заседаний УМС НКЗ РСФСР фонда Управления внешних сношений Министерства здравоохранения СССР Государственного архива Российской Федерации (ГАРФ) [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 2].

Сформировавшиеся в глубокой древности принципы традиционной медицины и основы врачевания не только прочно вошли в повседневную жизнь и практику лечения китайцев, но и стали культурной ценностью китайской цивилизации. Советские врачи, проявившие интерес к подобной медицине², пытались прежде всего системно изложить содержательную часть практического применения методов восточной медицины в теории и обобщить доктрину лекарей Древнего Китая.

Появлению первой клиники восточной медицины в Ленинграде предшествовала серьезная полемика, втянувшая в себя не только медиков, но и политическую элиту 1930-х годов. Эти дискуссии относительно открытия клиники связаны с именем одного из представителей рода врачей — Николая Николаевича Бадмаева (1879–1939) [Грекова Т.И., 2004, с. 45]. Именно он стал продолжателем дела своего дяди, знаменитого специалиста тибетской медицины доктора П.А. Бадмаева. Будучи приближенным к высшим политическим кругам, занимавшийся лечением таких виднейших деятелей, как М. Горький, А.Н. Толстой и др., при поддержке ряда крупных ученых-медиков, а также Н.И. Бухарина, он добился создания при Всесоюзном институте экспериментальной медицины (ВИЭМ) отдела восточной медицины³. В начале 1930-х годов

¹В области медицины и здравоохранения проблемы, связанные с сотрудничеством, также выступают на первый план, среди которых, например, недостаточно разработанный вопрос советско-китайского взаимодействия.

²Проблема интеграции медицинских практик и методов стала актуальной достаточно давно. Интерес к восточной медицине в России сформировался уже в XIX в. В 1930-е годы он получил новый виток развития. Интегрированием в медицинской сфере стали случаи частого внедрения каких-либо новых методов диагностики и лечения.

³Отдел существовал с 1934 по 1935 г. [Грекова Т.И., Ланге К.А., 1994].

Институт экспериментальной медицины (ИЭМ) переживал смену руководства, вызванную государственным курсом на политизацию науки. В 1931 г. директор ИЭМ профессор С.С. Салазкин добровольно покинул занимаемую должность, объяснив свой уход сложностью совмещения научной и административной деятельности. Во главе института встал Л.Н. Федоров, имевший опыт организационной работы, занимавший до этого ряд административных должностей, в т. ч. заместителя директора института. Вступив в новую должность, он начал последовательно проводить партийную линию. Когда осенью 1932 г. ИЭМ был преобразован в ВИЭМ, подчиняющийся непосредственно Совету народных комиссаров, Федоров остался на занимаемой должности [Грекова Т.И., 1998, с. 244]. Реорганизация института предполагалась в ракурсе «широкой всесторонней постановки проблемы изучения человека, точнее человеческого организма... во всех связях, в условиях конкретной социальной среды... тесной связи теоретических лабораторий с клиническими...» [Федоров Л.Н., 1933]. В апреле 1934 г. ВИЭМ был переведен в Москву с сохранением филиала в Ленинграде. При этом официальным объяснением была необходимость теснее связать работу научного центра с НКЗ, а по сути — в связи с общей политикой Сталина по отношению к Ленинграду, убийством С.М. Кирова и проводимыми чистками, направленными на искоренение «вредительства». Профилактика «вредительства» была проведена и среди сотрудников ВИЭМ.

Именно в этот политически сложный период началась дискуссия о появлении нового, иницированного Н.Н. Бадмаевым направления деятельности института — апробации методов и средств восточной медицины, о чем свидетельствует переписка руководства института с НКЗ по поводу возможности развертывания исследований в этом направлении, начавшаяся в феврале 1932 г. Тогда Федоров продемонстрировал к этому более чем сдержанное отношение и лишь после неоднократных требований НКЗ рассмотреть представленный Бадмаевым проект вынес его на обсуждение научной общественности института. Не все сотрудники восприняли такую идею однозначно и позитивно, но все же большинство ведущих специалистов одобрили проект, который предусматривал открытие стационара, амбулатории, аптеки, пополняемой за счет экспедиций, проведение лабораторных исследований. Помимо ряда профессоров идею Н.Н. Бадмаева поддержал и И.И. Бухарин, в тот период член Президиума ВСНХ СССР, заведующий научно-техническим управлением, занимавший (с 1932 г.) должность директора Института истории науки и техники АН СССР (ИИНИТ), преобразованного из Комиссии истории знаний (КИЗ).

С 1934 г. при институте начало работу бюро по изучению восточной медицины под руководством фармаколога С.В. Аничкова, в состав которого вошли фармакологи А.И. Кузнецов и И.А. Обергард, физиологи А.Д. Сперанский и В.В. Савич, терапевты М.В. Черноруцкий и Г.М. Ланг. Чрезвычайно важной и ответственной была роль специалиста по фармакогнозии А.Ф. Гаммерман, внесшей огромный вклад в формирование фонда лекарственных трав, о чем на заседании бюро 7 апреля 1936 г. сообщил Л.Н. Федоров: «ВИЭМ начал изучение тибетской медицины с организации экспедиций на Дальний Восток под руководством профессора Гаммерман для собирания растительного лекарственного сырья, применяемого в восточной медицине... ВИЭМу удалось создать значительный фонд этих трав... они хранятся в настоящее время в Москве» [ГАРФ, Оп. 2. Д. 68. Л. 14].

Следующим шагом ВИЭМ была организация при Ленинградской больнице им. В.И. Ленина особого отделения для изучения эффективности восточных лекарственных средств, однако его руководителем был назначен С.П. Заводский. По всей видимости, Л.Н. Федоров предпочел не ставить руководителем клиники самого Н.Н. Бадмаева в связи с его сомнительной биографией, родственными отношениями с П.А. Бадмаевым, лечившим семью Николая II. Также его могло смущать и тесное сотрудничество Бадмаева с тибетскими ламами, о реакционной роли

которых в 1930-е годы писали достаточно много (иных специалистов по тибетской медицине, кроме Н.Н. Бадмаева, фактически не было). Таким образом, Н.Н. Бадмаев, несмотря на свой высокий профессионализм и знания в области теории и применения методов восточной медицины, смог занять должность консультанта при клинике. Сам же Л.Н. Федоров отмечал: «Работа в этом отделении шла чрезвычайно вяло. Н.Н. Бадмаев не был приглашен нами в качестве штатного сотрудника, но числился консультантом» [ГАРФ, Оп. 2. Д. 68. Л. 14]. Эта ситуация стала поводом для развертывания дальнейшей дискуссии о компетентности Н.Н. Бадмаева как доктора и специалиста в восточной медицине. Более того, Федоров избегал любых упоминаний о тибетской медицине; даже бюро, изначально ориентированное на восточную и народную медицину, было преобразовано в отдел народной медицины. Вполне возможно, что само понятие «народная медицина» можно было рассматривать как противопоставление академической и клинической медицине. Бадмаев отреагировал на этот шаг весьма негативно, заявив: «Вскоре после открытия отдела восточной медицины он был по чьей-то инициативе переименован в отдел восточной и народной медицины, а впоследствии, утратив и это “и”, окончательно превратился в отдел восточной народной медицины... профессор Федоров низводит восточную медицину до степени знахарства, хотя он по своему положению обязан знать, что как в европейской, так и в восточной есть и научная, и народная медицина» [ГАРФ, Оп. 2. Д. 68. Л. 9].

Несмотря на попытки убедить коллег, что подобное переименование станет принципиальным отступлением от первоначальной идеи, Н.Н. Бадмаев не смог получить поддержки. Судьба отдела оказалась достаточно бесперспективной: под предлогом структурной реорганизации института отдел народной медицины был закрыт, консультанты освобождены от занимаемой должности, договор с больницей им. В.И. Ленина расторгнут, а больные, которые были набраны для лечения за двухмесячный период, переведены в другие лечебные заведения.

В 1936 г. Л.Н. Федоров инициировал комплексную проверку всех фондов лекарственных средств, на высоком партийном уровне необоснованно обвинив Н.Н. Бадмаева в некомпетентности и расхищении лекарств. Предыстория этого события такова. По просьбе Бадмаева ВИЭМ выписал некоторое количество восточных лекарственных средств (расплатившись с поставщиком валютой), и они незамедлительно были ему переданы. В апреле 1936 г. на заседании бюро УМС НКЗ РСФСР под председательством Х.Г. Раковского Федоров в отсутствие Бадмаева поднял вопрос о комплексной проверке использования имеющихся запасов лекарственных средств: «По нашим сведениям, их должно было хватить на несколько сот больных... по словам Бадмаева, их настолько мало, что хватило на несколько десятков пациентов... есть основания считать, что импортированные... восточные лекарственные средства были... использованы Н. Бадмаевым для личной практики...» [ГАРФ, Оп. 2. Д. 68. Л. 14]. Резолюция Федорова была однозначной: «ВИЭМ вынужден... поставить вопрос о закрытии клиники... т. к. Бадмаев систематически уклоняется от научной проверки средств восточной медицины... это объясняется отчасти и тем, что Бадмаев как научный работник не стоит на высоте своего положения...» [ГАРФ, Оп. 2. Д. 68. Л. 15].

Обвинения оказались необоснованными. Такие действия и выступление Федорова вызвали негативную реакцию со стороны Бадмаева, который заявил, что «они [высказывания] Федорова недостойны советского врача и директора ВИЭМа». Кроме того, Бадмаев письменно ответил на выпады Федорова относительно траты лекарственных средств [ГАРФ, Оп. 2. Д. 68. Л. 7]: «О каких же импортных средствах говорит профессор Федоров? Не о тех, надеюсь, которые я получал для своей личной аптеки через военное ведомство, через Алексея Максимовича Горького, СНК и через комиссию содействия ученым. Это решительно никакого отношения к ВИЭМ не имеет, и повторяю, средства были получены мною для моей аптеки, дабы не оставлять без необходимой помощи большой круг известных людей, пользующихся мною».

Несмотря на словесные «войны» такого рода, авторитет Бадмаева среди членов Ленинградской инициативной группы по изучению восточной медицины оставался высоким. Представители группы высказывались о нем уважительно: «Ленинградская инициативная группа, состоящая из достаточно авторитетных представителей, детально знакомая с врачебной практикой доктора Бадмаева и на протяжении двух лет исследовавшая при помощи наиболее компетентных специалистов в области восточной медицины, категорически утверждает, [что] применяемые доктором Бадмаевым средства и методы лечения больных являются теми [же] самыми, о которых трактуется в подлинниках тибетской медицинской литературы и которыми пользуются и официальные тибетские врачи, в частности которые служат при Тибетской Миссии» [ГАРФ, Оп. 2. Д. 68. Л. 3]. Стремление Бадмаева на протяжении многих лет добиться возможности научной проверки средств и методов тибетской медицины, которые он применял, стало важным шагом популяризации восточной медицины. В письме, направленном в ВИЭМ, члены группы отмечали: «Доктор Бадмаев является едва ли не единственным в нашей стране человеком, который, занимаясь всю жизнь этим вопросом, обладает соответствующими знаниями и опытом, из чего складывается научная компетентность... попытка профессора Л.Н. Федорова опорочить ...доктора Бадмаева в области тибетской медицины является или результатом отсутствия у него необходимой ясности понимания данного вопроса, или заведомо голословным утверждением личного характера...» [ГАРФ, Оп. 2. Д. 68. Л. 4].

В пользу того, что нападки Федорова носили преимущественно личный характер, говорит и то, что он не произносил обвинительные речи в отсутствие самого Бадмаева, не выводя его на открытую дискуссию.

Идея открытия клиники восточной медицины была поддержана и руководством НКЗ РСФСР. Х.Г. Раковский предложил определенный механизм действия: «Резолюция Ученого медицинского совета по вопросу о восточной медицине имеет как научное, так и политическое значение... в настоящее время еще трудно окончательно конкретизировать план работы по реализации постановления президиума Ученого совета... было бы хорошо организовать экспедицию... нужно собрать информацию, какую работу выполняют иностранные научные учреждения, занимающиеся восточной медициной, и ознакомиться с полученными ими результатами. Перевод на русский язык основных произведений восточной медицины также целесообразен. Однако необходимо установить, какие именно книги следует переводить в первую очередь. Для этого нужно войти в контакт с синологами и Академией наук. В нашей работе мы должны координироваться с ВИЭМом, Академией наук и другими научными учреждениями СССР, интересующимися проблемами восточной медицины, и привлечь к этому делу Монгольскую экспедицию Наркомздрава» [ГАРФ, Оп. 2. Д. 67. Л. 15].

В итоге первая клиника восточной медицины все же появилась под Ленинградом, в Парголове, бывшем дворце графа Воронцова-Дашкова на основании Приказа НКЗ РСФСР № 34 от 21 января 1937 г.⁴

Цели будущей клиники были определены как «клиническое и амбулаторное лечение больных методами и средствами восточной медицины; накопление, изучение и обобщение опыта по применению методов восточной медицины, а также лекарственных средств восточной медицины; ознакомление с методами и средствами восточной медицины медиков, командированных для работы в клинику; популяризация восточной медицины, систематизация, обработка экспериментального материала... подготовка к печати научных трудов; изучение восточной

⁴ В положении о Ленинградской клинике восточной медицины отмечалось: «В целях изучения и практического применения методов и средств восточной медицины... организуется... в ведении Ленинградского отдела здравоохранения специальный клинический стационар «Клиника восточной медицины»» [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 2. Д. 67. Л. 2].

медицинской литературы, перевод важнейших трудов на русский язык, создание специальной медицинской библиотеки» [ГАРФ, Оп. 2. Д. 67. Л. 2–3].

Из документа следует, что надежды на клинику возлагались огромные, а задачи, которые ставились перед ней, были масштабными. Реализовать это было можно только при наличии достаточного штата профессионально подготовленных и квалифицированных сотрудников и при безусловной поддержке правительства. Клиника восточной медицины должна была соответствовать всем стандартам хорошей клинической базы: ее должен был возглавить «директор-врач, имеющий высшее медицинское образование и диплом медицинского института или медицинского факультета университета системы европейской медицины» [ГАРФ, Оп. 2. Д. 67. Л. 2]. Клиника должна была состоять из стационара для лечения больных, амбулатории с пропускной способностью в 280–300 приемов, аптеки, отдельных научно-исследовательского и лечебно-практического кабинетов, библиотеки, постоянной школы восточного массажа. При этом обговаривалось, что лечение граждан будет осуществляться на бесплатной основе. Заработная плата сотрудников должна была идти за счет средств НКЗ.

Доктор Н.Н. Бадмаев в одном из своих интервью предпринял попытку сказать о перспективности методов восточной медицины, отмечая, что «ни для кого не секрет, что практика восточной медицины долгое время была окружена у нас некоторым недоверием, в ее научность мало верили, ее добросовестность ставили под подозрение... между тем это совершенная и культурная система, имеющая свое научное обоснование, свою огромную литературу и 2000-летнюю историю. Восточная медицина насчитывает в своем фармакологическом арсенале около 70 тысяч рецептурных формул, многие из которых показывают на практике поразительную лечебную эффективность. Ленинградская клиника восточной медицины будет первым и единственным в мире научно-исследовательским учреждением такого рода»⁵.

Н.Н. Бадмаев возлагал на будущую клинику серьезные задачи, а именно: «тщательно изучить и проверить методы восточной медицины и создать первые кадры советских специалистов в этой интересной области человеческих знаний. Мы впервые по-настоящему будем изучать и систематизировать многовековую литературу, переводить на русский язык важнейшие тексты» [ГАРФ, Оп. 2. Д. 67. Л. 8].

Информация о клинике распространилась достаточно быстро еще задолго до официального начала ее работы. В специальных фондах ГАРФ можно обнаружить письма граждан из разных регионов с просьбами оказать содействие в получении возможной медицинской помощи по различным клиническим вопросам. Например, сохранилось письмо жительницы Красноярска М.А. Шефтель, направленное ВИЭМ с просьбой дать необходимую информацию о клинике и рекомендации для получения в ней медицинской помощи: «У меня пять лет болеет сын, испробовали целый ряд методов лечения, а результатов нет. Вот и я хочу обратиться в эту клинику, а поэтому прошу сообщить мне адрес и фамилию директора... (стиль письма сохранен. — О.Н.)» [ГАРФ, Оп. 2. Д. 67. Л. 7]. Как видно из письма, обычные граждане даже при наличии достаточно скудной информации о результатах лечения методами восточной медицины возлагали на нее большие надежды.

Деятельность по приему пациентов клиника смогла начать только осенью 1937 г., поскольку весной того же года еще было очевидно, что она не укомплектована достаточным оборудованием для полноценной работы⁶. Однако развернуть широкую практическую деятельность на базе этой клиники не удалось. История ее существования завершилась весьма трагично. Изучение восточной медицины в ВИЭМ было фактически прекращено, несмотря на то что при

⁵ Курортная газета Сочи, 28 марта 1937 г., с. 6 [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 2. Д. 68. Л. 12].

⁶ Об этом 16 мая 1937 г. ученый секретарь Ученого медицинского совета Н. Терзиев уведомил руководство [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 2. Д. 67. Л. 6].

УМС НКЗ создали специальную комиссию, на которой Л.Н. Федоров сообщил о своем согласии продолжить работу по исследованию фармакологических свойств лекарственных средств восточной медицины. Однако в отчете ВИЭМ за 1938 г. исследования в области восточной медицины не упоминались вовсе, хотя информация о такой работе была в отчетах 1933–1937 гг., когда практическое применение восточных практик и их изучение еще проходили. Возможно, это было связано с тем, что 20 апреля 1938 г. Н.Н. Бадмаев по обвинению по статье 58-1а, 8, 11 УК РСФСР был арестован, а 26 февраля 1939 г. расстрелян. Его имя как деятеля и практика восточной медицины было реабилитировано только на XX съезде КПСС в 1956 г.

Интеграция восточных медицинских практик в медицину СССР проходила в 1930-е годы достаточно сложно и неоднозначно. С одной стороны, такие практики, сохраняя историческую преемственность по отношению к традиционной медицинской этике и соотносясь с современной биомедицинской этикой, основаны на богатой традиции, когда медицина, учитывая моральную составляющую, обобщает практический опыт, накопленный предшествовавшими поколениями восточных врачей, обосновывает теоретическую систематику традиционного искусства врачевания Китая, Тибета и др., передает основы восточной лекарственной терапии. С другой стороны, отсутствие доказательной базы у таких практик часто встречается со скептической реакцией врачей-клиницистов. В ситуации 1930-х годов важными оказались многие факторы, среди которых и политизация науки, и появление на руководящих должностях людей, для которых более важными оказались общественная атмосфера и новые принципы управления, чем научные изыскания и их практическое применение; и личные конфликты, и неприязнь к коллегам. Однако принудительное внедрение в науку вульгаризированного марксизма вызывало резкий протест со стороны многих ученых-врачей. Не случайно реорганизация ВИЭМ, перевод дирекции в Москву неблагоприятно отразились на его деятельности.

Анализ архивного материала демонстрирует наличие конфликта не только профессионального характера в медицинской среде, но и личного. Дискуссия, развернувшаяся вокруг вопроса о перспективности и возможности применения методов восточной медицины, несмотря на многовековую историю положительных результатов, столкнулась с межличностными конфликтами в среде самих врачей; на ее результаты повлияла и политическая обстановка, сложившаяся в 1930-е годы в СССР. Однако интерес к методам восточной медицины был очевиден, он наблюдался не только у врачей-практиков, но и у общественной и политической элиты. Как представляется, именно по этой причине дискуссии относительно этичности и возможности применения методов «бездоказательной», по мнению ряда клиницистов, медицины приобрели широкий масштаб в 1930-е годы.

БИБЛИОГРАФИЯ

- Ван Гохун. Перспективы российско-китайского сотрудничества в области трудовой миграции // Вестник Томского государственного университета. — 2017. — № 416. — С. 61–68.
- Виноградов А.О. Решения XIX съезда КПК и перспективы российско-китайских отношений. — М.: ИДВ РАН, 2018. — 112 с.
- Государственный архив Российской Федерации. Ф. 8009. Оп. 2.
- Грекова Т.И. К истории ленинградской клиники восточной медицины // Ариаварта. — 1998. — № 2. — С. 231–256.
- Грекова Т.И. Тибетский лекарь кремлевских вождей. — СПб.: Нева, 2004. — 382 с.

- Грекова Т.И., Ланге К.А. Трагические страницы истории Института экспериментальной медицины (20–30-е гг.) // Репрессивная наука. — 1994. — Вып. 2. — С. 16–17.
- Гусева Н.Ю., Мамкина И.Н. Роль образования в развитии российско-китайских отношений: история и современность // Вестник Томского государственного университета. — 2017. — № 423. — С. 77–83.
- Лексютина Я.В. Сложности внутреннего и внешнего развития Китая сквозь призму европейского восприятия // Проблемы Дальнего Востока. — 2015. — № 2. — С. 173–176.
- Лузянин С.Г. Россия — Китай: формирование обновленного вида. — М.: Весь Мир, 2018. — 328 с.
- Нагорных О.С. Этико-деонтологические аспекты интеграции восточных медицинских практик в медицину СССР: дискуссии 1930 гг. // Диалог со временем. — 2019. — № 68. — С. 329–339.
- Россия и Китай: четыре века взаимодействия. История, современное состояние и перспективы развития российско-китайских отношений / Под ред. А.В. Лукина. — М., 2013.
- Федоров Л.Н. Всесоюзный институт экспериментальной медицины при Совнарком // Архив биологических наук. — 1933. — Т. 33. — Вып. 1–2. — С. 3.
- Andrews B. The Making of Modern Chinese Medicine, 1850–1960. — Vancouver: University of British Columbia Press, 2014. — 294 p.
- Russia and China. A theory of inter-state relations. — London, New York: Routledge Curzon, 2004. — 278 p.

Советская Россия стала первым в мире государством, в котором были официально разрешены аборты. 18 ноября 1920 г. было принято совместное постановление Народного комиссариата здравоохранения и Народного комиссариата юстиции «Об искусственном прерывании беременности», согласно которому допускалось «бесплатное прерывание беременности в обстановке советских больниц, где обеспечивается максимальная безвредность» [СУ, 1920, ст. 471]. На тот момент это был один из самых не только прогрессивных, но и вызывающих законов, противоречивших консервативным устоям российского общества. Неслучайно, что в преамбуле постановления объявлялось о том, что рабоче-крестьянское правительство «борется с этим злом» путем агитации против абортов. Однако «моральные пережитки прошлого и тяжелые экономические условия» [СУ, 1920, ст. 472] вынудили советское правительство пойти на легализацию абортов. Через 15 лет ситуация кардинально изменится и советское правительство, даровавшее женщинам право на аборт, введет запрет на его проведение.

История медицины, связанная с женскими проекциями в целом, а также история абортов как элемента или части государственной демографической политики в СССР представляли интерес для отечественных и западных исследователей. Особое внимание историков, демографов, социологов и политологов привлекал сталинский консервативный поворот и факт запрета абортов в 1936 г., а также политика в этой области в военные и первые послевоенные годы [Исупов В.А., 2000; Исупов В.А., 2002; Корнилов Г.Е., 2014; Лебина Н.Б., 2016; Heer D.M., 1965; Glass B.L., Stolee M.K., 1987; Solomon S.G., 1992; Conze S., 2004, p. 293; Engel B.A., 2004; Nakachi M., 2006, 2010, 2011; Kaminsky L., 2011; Clements B.E., 2012; Ilić M., 2017], последовательность и основания которой еще предстоит проанализировать ученым.

Однако подробное изучение обстоятельств, связанных с решением И.В. Сталина о запрете абортов в 1936 г., общественная дискуссия и внутренние противоречия властных структур по этому вопросу оставались вне поля зрения исследователей. Настоящий раздел отчасти восполняет этот пробел в историографии. Наше внимание будет сосредоточено на законопроекте об абортах. Во многом это обусловлено тем, что данный исторический факт важно исследовать не только с сугубо исторической точки зрения, но и с целью его анализа в качестве элемента цепочки исторических предпосылок, способствующих более глубокому пониманию социальных смыслов в продолжающейся дискуссии современного российского общества относительно этой сложной биоэтической дилеммы. Иными словами, медицинская практика проведения абортов в 1930-е годы рассматривалась властями в комплексе социальных, правовых, экономических мер, направленных не столько на женщину, сколько на институт семьи в целом как объект комплексной политики государства. Вместе с тем именно вопрос об абортах и его сложные этические дилеммы открыли важную и значимую для комплексного исследования в области социальной истории медицины дискуссию в советском обществе, осветить которую и призвана данная публикация.

В этом разделе используются две основные группы источников. К первой группе мы относим материалы высших партийных органов: Политбюро и Аппарата ЦК, где и происходило обсуждение законопроекта о запрете абортов. Всего мы выявили три редакции данного законопроекта, а также сопроводительные записки и справки к ним. Благодаря этим редакциям мы не только можем проследить развитие дискуссии по указанному вопросу внутри советского

руководства, но и изучить реакцию высшего советского руководства и его отдельных представителей, являющуюся важной составляющей исторического нарратива по этой проблеме. К сожалению, в распоряжении историков нет документов, в которых было бы зафиксировано обсуждение законопроекта об абортах (например, стенограммы Политбюро). Именно поэтому бесценным источником информации в этом вопросе выступают маргиналии и пометы, сделанные И.В. Сталиным на полях трех вариантов законопроекта. Вторая группа источников, использованных при подготовке текста статьи, — это письма и отклики населения на законопроект. Эти документы являются важным источником, свидетельствующим о советской повседневности 1930-х годов. Более того, письма советских граждан позволяют исследователю увидеть проблему в широком социальном контексте, сделать выводы относительно уровня развития общественного сознания в отношении абортов как комплексной, не только этической, медицинской, но и социально-экономической дилеммы.

Дискурс власти и политика СССР в отношении абортов

До сих пор у историков нет точных данных, что стало отправной точкой в деле инициации запрета абортов в СССР в 1936 г. Можно предположить, что одним из решающих документов была записка наркома просвещения РСФСР А.С. Бубнова от 14 июля 1934 г., подготовленная на имя И.В. Сталина, в которой сообщалось о «тревожных симптомах в развитии дошкольного воспитания в стране» [РГАСПИ, Ф. 558. Оп. 11. Д. 712. Л. 11]. В частности, в ряде районов РСФСР произошло резкое сокращение числа детей, посещавших детские сады. Так, в Горьковской области количество детей, ранее посещавших дошкольные учреждения, уменьшилось только за первый квартал 1934 г. почти на 5 тыс. человек, в Татарской Республике — на 31 тыс. человек, в Западной Сибири — на 41 тыс., а в районах по Средней Волге — почти на 42 тыс. человек [РГАСПИ, Ф. 558. Оп. 11. Д. 712. Л. 12].

А.С. Бубнов не озвучивал причины этого сокращения, хотя к 1934 г. они были очевидны: коллективизация и последовавший за ней голод привели к демографической катастрофе. Так, почти за 10 лет (от переписи населения в 1926 г. до переписи в 1939 г.) население РСФСР сократилось почти на 5 млн человек [Жиромская В.Б., 2018, с. 69]. В 1933 г., согласно советским статистическим данным, впервые с голодного 1921 г. был зафиксирован отрицательный естественный прирост населения. Голод сопровождался широким распространением инфекционных болезней, особенно так называемых детских инфекций (дифтерии, скарлатины, кори, коклюша и др.), представлявших серьезную опасность для населения младших возрастов [Исупов В.А., 2018, с. 145].

Власть пыталась решить демографические проблемы материальными стимулами. Например, 9 апреля 1935 г. Политбюро ЦК опросом своих членов утвердило постановление «О порядке начисления содержания колхозов на время до и после родов» [РГАСПИ, Ф. 17. Оп. 3. Д. 962. Л. 167]. В соответствии с ним женщины были освобождены от работ в колхозах и совхозах за месяц до родов и на месяц после родов с сохранением содержания на эти два месяца в половинном размере средней выработки ими трудовой. Это означало, что средняя выработка крестьянки за эти «декретные» два месяца составляла около 20 трудовых. Через несколько месяцев советское правительство упорядочило работу детских садов и яслей по всей стране [Собрание постановлений и распоряжений СНК СССР от 1935 г., с. 268]. В частности, все детские сады и ясли городских предприятий и совхозов передавались в ведение наркомпросов союзных республик и местных органов образования. Были установлены правила пребывания детей в детских садах (не более 9 человек), доля родителей в расходах по их содержанию (не более 35 %). Распределение мест в детсадах теперь регламентировалось профсоюзами и местными отделами образования. Однако эти шаги были недостаточными

даже для стабилизации демографической ситуации в стране. Необходимы были более решительные меры.

На заседании Политбюро ЦК 9 марта 1936 г. было принято постановление о создании комиссии по разработке закона о запрещении аборт, помощи роженицам и расширении сети детских яслей и детских домов [РГАСПИ, Ф. 17. Оп. 3. Д. 975. Л. 11]. В состав комиссии вошли: нарком юстиции РСФСР Н.В. Крыленко (председатель), прокурор СССР А.Я. Вышинский, заведующий сельскохозяйственным отделом ЦК ВКП(б) Я.А. Яковлев, нарком финансов СССР Г.Ф. Гринько, первый секретарь ВЦСПС Н.М. Шверник, секретарь ВЦСПС Г.Д. Вейнберг, заместитель наркома просвещения Н.К. Крупская, председатель ЦК профсоюза хлопчатобумажной промышленности А.В. Артюхина, ответственный сотрудник ВЦСПС М.А. Шабурова, начальник Главного управления авиационной промышленности Наркомтяжпрома М.М. Каганович, председатель Московской областной контрольной комиссии А.П. Васильева, нарком здравоохранения РСФСР Г.Н. Каминский, нарком просвещения РСФСР А.С. Бубнов и генеральный секретарь ЦК ВЛКСМ А.В. Косарев [РГАСПИ, Ф. 17. Оп. 3. Д. 975. Л. 11].

Первый вариант законопроекта был разослан всем членам и кандидатам в члены Политбюро ЦК уже 4 августа 1935 г. [РГАСПИ, Ф. 17. Оп. 3. Д. 980. Л. 28]. Законопроект поступил на рассмотрение вместе с запиской наркома юстиции Н.В. Крыленко, в которой довольно подробно описывались планы введения тех или иных законодательных норм. Несмотря на то что главной темой законопроекта был запрет на проведение абортов в СССР, собственно запрету было посвящено гораздо меньше внимания, чем, например, вопросам расширения сети детских садов и яслей. Н.В. Крыленко так характеризовал основную идею законопроекта: «Главный упор в законе взят не на запрещение абортов и его мотивировку, а на мероприятия, связанные с оказанием помощи, как об этом говорит и само название закона, рожаящим женщинам и их детям» [РГАСПИ, Ф. 17. Оп. 3. Д. 980. Л. 33]. Фактически советская власть в лице Н.В. Крыленко предполагала решить демографическую проблему в стране с помощью мер материальной поддержки населения. С этой целью предлагалось провести дополнительное перераспределение государственных ресурсов за счет фондов социального страхования и 2%-го натурального и денежного фонда, формировавшегося для оказания помощи детям-сиротам и инвалидам¹.

Из сохранившихся вариантов законопроекта наиболее важные, с точки зрения реконструкции истории советской медицины в части биоэтических вопросов, предложения были включены в третью редакцию документа, а также в сопроводительную записку к законопроекту за подписью Н. Крыленко и Г. Каминского. Так, предлагалось разрешить проведение абортов не только в случаях, когда беременность угрожает непосредственно жизни женщины, но и когда по общественным, производственным или бытовым условиям беременная не может обеспечить надлежащего ухода за новым ребенком. Такие разрешения должны были выдавать специальные комиссии при районных и городских здравоохранениях, в которые наряду с врачами входили бы представители общественности (партийных, комсомольских, профсоюзных и других организаций) [РГАСПИ, Ф. 17. Оп. 3. Д. 977. Л. 18]. Это предложение в какой-то степени можно охарактеризовать как предвосхищение идеи биоэтических комиссий, но оно не было поддержано И.В. Сталиным. На полях записки он написал: «Ха-ха-ха. Не то» [РГАСПИ, Ф. 17. Оп. 3. Д. 977. Л. 18].

Сталинские маргиналии существенно дополняют наше понимание уровня этических представлений советского руководства. Например, понимая, что закон может вызвать определен-

¹ При этом Н.В. Крыленко в своих предложениях руководствовался репрессивной политикой партии. Так, помощь женщинам из хозяйств единоличников не предусматривалась, т.к. «1) молоко для ребят они не покупают, а имеют от своих коров, 2) в органах (кассах взаимопомощи) они не состояли, а возлагать на колхозы заботу о женщинах-единоличницах — нет оснований» [РГАСПИ, Ф. 17. Оп. 3. Д. 980. Л. 34].

ный протест со стороны советского общества, И.В. Сталин уже в первом варианте законопроекта вычеркнул фразу о том, что запрет абортов исходит из «одобренной инициативы женщин» [РГАСПИ, Ф. 17. Оп. 3. Д. 980. Л. 16]. В первом и втором вариантах советский вождь подчеркивал оборот о том, что законопроект принимается в т. ч. «в связи с доказанной вредностью абортов»². Показательны правки во втором варианте законопроекта. И.В. Сталин, редактируя предложение о наказании врачей, вместо слов «лишение свободы» вписал «тюремное заключение», а женщин, решившихся на повторный незаконный аборт, предлагал подвергать «3-месячному уголовному наказанию» вместо штрафа в 300 рублей³. Иногда маргиналии вождя превращались в своеобразный диалог с составителями законопроекта. Так, когда Н.В. Крыленко предложил распространить выдачу повышенных пособий и на многодетные семьи, у которых было соответствующее число детей к моменту принятия закона, то Сталин написал: «Это пожалуй верно!». Но когда нарком выступил с инициативой установить отдельную помощь многодетным вдовам, предоставить жилищные льготы многодетным семьям, Сталин написал категоричное «нет». В то же время он поддержал предложение о разрешении многодетным колхозникам иметь в личном хозяйстве две коровы.

Важным представляется тот факт, что никто из советских руководителей, принимавших участие в работе над проектом, ничего не писал о правах самих женщин. В этом отношении примечательна преамбула текста законопроекта, в которой отмечалось, что, принимая закон, государство идет «навстречу многочисленным заявлениям трудящихся о вреде абортов, в целях охраны здоровья трудящихся женщин и одобрения их инициативу». Там же подчеркивалось, что на советской женщине «лежит большая и ответственная обязанность рождения и воспитания граждан нашей страны»⁴. Для подкрепления авторитета закона в нем даже приводились слова Ленина, в которых вождь мирового пролетариата косвенно выступал против абортов. Еще одним из аргументов в пользу запрета абортов было заявление об уничтожении капитализма и росте материального благосостояния советских граждан. Обезличенный характер аргументации, фактически лишенный медико-социального анализа реального положения женщин и семей с детьми, исключал этический ракурс обсуждения вопроса.

По большому счету это было практически невозможно в тех трудных условиях жизни советского человека. Основные дебаты внутри власти шли в экономической плоскости. Они развернулись между Н. Крыленко, с одной стороны, и представителями ведомств (Наркомфина, Наркомпроса и Наркомздрава) — с другой. Нарком юстиции предлагал в разы увеличить материальную помощь беременным и матерям. Ведомства же пытались ее уменьшить, заявляли о невозможности для государства финансировать настолько масштабные проекты. Например, Н. Крыленко предлагал увеличить количество коек для беременных⁵ (до 6,5 тыс. для горожан

² См.: РГАСПИ, Ф. 17. Оп. 3. Д. 980. Л. 19. Примечательно, что ни в одном из документов, попадавших на стол И.В. Сталина, не было ни одной справки, в которой бы содержалась информация, доказывавшая «вредность» абортов для женского здоровья. Только в сопроводительной записке Крыленко ко второй редакции законопроекта содержится информация о том, что в 1935 г. в Москве на 70 тыс. родов пришлось 155 тыс. абортов. На что нарком юстиции тут же добавил: «В свете этих цифр необходимость ограничения абортов не требует доказательства» [РГАСПИ, Ф. 17. Оп. 3. Д. 977. Л. 29]. Но уже в следующем абзаце нарком сообщал, что приведенные выше цифры активно используются в пропаганде, особенно среди сельского населения. Таким образом, советские вожди либо не имели точных данных о «доказанной вредности» абортов, либо полагали, что это не самый важный критерий запрета абортов.

³ В окончательный текст закона это сталинское предложение не было включено.

⁴ См.: РГАСПИ, Ф. 17. Оп. 3. Д. 979. Л. 39. Примечательно, что в опубликованном тексте закона эти положения отсутствовали.

⁵ К 1935 г. в городах и крупных промышленных центрах находилось 28 тыс. коек, что охватывало около 70 % потенциальных рожениц. В советской деревне родильными койками при сельских больницах было обеспечено не более 9 % потенциальных рожениц.

и 20 тыс. для сельских жителей), ввести в эксплуатацию почти 5 млн новых ясельных мест, удвоить число мест в детских садах в течение 2 лет [РГАСПИ, Ф. 558. Оп. 11. Д. 782. Л. 18; Ф. 17. Оп. 3. Д. 979. Л. 32.18]. Естественно, ведомства выступали против этой инициативы, считая, что у государства недостаточно ресурсов для реализации настолько масштабных проектов и срок реализации нереалистичен.

Предложения и мнения советского общества

Впрочем, стоит признать: власть осознавала, что принятие такого рода закона без широкого обсуждения затруднительно. Именно поэтому в мае 1936 г. была запущена кампания «всенародного обсуждения законопроекта», в ходе которой в высшие партийные и государственные органы, а также в редакции центральных и местных периодических изданий стали поступать письма и отклики населения. Их было так много, что заведующий отделом печати и издательств ЦК ВКП(б) Б.М. Таль 3 июня 1936 г. направил записку И.В. Сталину, в которой предлагал завершить кампанию по обсуждению законопроекта [РГАСПИ, Ф. 558. Оп. 11. Д. 782. Л. 114]. В печати необходимо было начать кампанию по обсуждению проекта новой конституции СССР, однако население с гораздо большим интересом и более живо обсуждало законопроект об аборт, чем проект основного закона государства. В связи с этим Б.М. Таль считал, что в самое ближайшее время в печати необходимо сообщить о том, что в ЦИК СССР сформирована авторитетная комиссия по разбору всех предложений по законопроекту, т. е. положить конец массовому обсуждению вопроса об аборт.

Примечательно, что из огромной массы писем лишь в незначительной части содержались категоричные оценки — за однозначное запрещение абортов и столь же решительное «против» этого запрещения⁶. Например, из почти 9 тыс. писем, пришедших в редакцию газеты «Правда» меньше чем за месяц (с 27 мая по 16 июня), только в 589 авторы были против запрета абортов, а в 593 — были за него. Большая часть писем была за частичную легализацию абортов, но при общем запрете. Работа с текстами этих писем еще предстоит, т. к. она в целом выходит за рамки задач настоящей статьи и, безусловно, требует отдельного исследования. Тем не менее мы приведем некоторые из них в качестве наглядного примера реального положения дел в советской семье 1930-х годов.

Как правило, против запрета абортов в любой форме выступали женщины из крупных промышленных городов, представители новой советской интеллигенции, придерживавшиеся феминистических взглядов. Так, Л.С. Михайлиди (инструктор физкультуры, жена командира Черноморского флота) заявляла: «Возражаю против прямого запрещения абортов... Ведь если запретить аборт, это значит закабалить, не говорю о всех, но часть женщин вечными пленками, возней с малышами и окончательно оторваться от окружающей жизни», а известная позднее художница М. Райх писала: «Деторождение есть право, а не принудительная обязанность женщин».

Сторонниками тотального запрета абортов были, как правило, сельские жители («Мы не городские — рожать не боимся», — писала одна из безымянных колхозниц), что во многом отражало консервативные позиции советской деревни. Однако данное положение нельзя абсолютизировать. В крестьянской среде также встречались противники запрета. Так, жительница Харьковской области из колхоза им. Демченко писала: «Неправильно запретить аборты: у меня трое детей и я больше рожать не хочу». Основным идеологический лейтмотив авторов, поддерживающих запрет абортов, был прост: растить детей для социалистической родины. Так, Н. Корина в письме, опубликованном в газете «Пролетарий Черноморья», писала: «Нет, уж

если запрещать, так всем без исключения. А то всегда найдут лазейку, будут ходить по всяким комиссиям и просить. Пусть родят все. У детей наших — хороший защитник — пролетарское государство».

Авторы тотального запрета абортов выступали за усиление репрессивной политики в отношении как врачей, выполняющих аборты, так и женщин, решившихся на них. В отдельных письмах звучали предложения увеличить наказания для врачей в виде тюремного срока до 5 лет (вместо двух, как предлагалось в законопроекте), а непрофессиональным врачам (знахаркам и бабкам) — давать до 8 лет тюремного заключения. Женщин, сделавших аборт в первый раз, предлагали лишать свободы до одного года, а каждый произведенный аборт отмечать в паспорте.

Но для нас главный интерес представляет самая большая группа писем, в которых были предложения по частной легализации абортов. Чаще всего в письмах и откликах называлось несколько причин в пользу сохранения практики абортов хотя бы для отдельных категорий населения.

Улучшение материально-бытовых условий советского населения и, особенно, многодетных семей было распространенной темой, поднимаемой авторами писем. Например, А.И. Ливина (жена краснофлотца-сверхсрочника из Кронштадта) писала в редакцию «Правды»: «Я в настоящее время имею ребенка, сама работаю. И я думаю, если у меня будут средства, то я еще могу родить, а если нет средств, то надо делать аборт. Если запретят аборты, то мы, женщины, станем делать их своими средствами». С ней соглашался инженер Денисов из Севастополя: «Что же должны делать родители, имея на своем иждивении 5–6 детей? На зарплату 100–150 рублей, ясно, нельзя накормить и одеть такую семью».

В письмах предлагали оперативно решать жилищный вопрос, в частности предоставлять многодетным семьям квартиры в первоочередном порядке. Так, некая Ольга Креуш писала: «Необходимость перманентно находиться в состоянии беременности заставляет выбывать из строя каждый год не меньше 6 месяцев. Многодетность вообще невозможна в стесненных городских условиях». Авторы писем предлагали разрешать совершать аборты отдельным категориям женщин: женщинам-одиночкам, работающим на низкооплачиваемых должностях, не имеющим жилплощади, разведенным, учащимся. В письмах озвучивались предложения о помощи матерям после рождения детей: о помощи детям, находящимся на искусственном питании, об удлинении перерыва для кормления ребенка матерям, работающим на производстве и живущим далеко от предприятий, о запрете работать женщинам в ночную смену вплоть до того, как ребенку не исполнится 9 месяцев

Авторы писем предлагали частично легализовать аборты и по медицинским соображениям. Аборт допускался, если у одного из родителей тяжелые наследственные и венерологические болезни, у матерей в период лактации, а также в зависимости от возраста женщин (до 35 лет запрещать, а после 35 — разрешать). Так, некая Задиморова из Москвы писала: «Если женщина забеременела впервые, то аборт допускать нельзя, ибо самый вредный аборт — первый». Значительное число писем было посвящено необходимости развивать индустрию противозачаточных средств, а главное — улучшать их качество. Многие авторы поддерживали идею формирования широкой сети специализированных женских консультаций.

Иногда в письмах поднималась криминальная тематика, а именно боязнь авторов, что запрет вызовет волнообразное увеличение количества нелегальных абортов и самоабортов. Так, семья Волковых из Одессы писала: «Большинство делающих аборт бесспорно знает о его вреде. И если к нему все же прибегают, то делают это, исходя из принципа, что из всех зол надо выбирать меньшее... Запрет сегодня только увеличит нелегальные аборты и еще больше будет калечить женщину». В единичных письмах заявлялось, что аборт необходим, если женщину «какой-нибудь негодяй изнасиловал».

⁶ Здесь и далее при подсчете мы используем письма и отклики, опубликованные в газетах «Правда», «Известия», «Социалистическое земледелие», «Литературная газета» и др.

Члены комиссии, занимавшиеся разработкой законопроекта об аборт, довольно внимательно рассматривали предложения, исходившие от граждан. В итоге в окончательный текст закона было включено около 60 правок на основе анализа писем и откликов. 27 июня 1936 г. Политбюро ЦК утвердило постановление «Об итогах обсуждения законопроекта о запрещении абортов». ЦИК и СНК рекомендовалось принять поправки, «сделанные гражданами при всенародном обсуждении проекта постановления ЦИК и СНК СССР о запрещении абортов», а сам закон — опубликовать уже 28 июня [РГАСПИ, Ф. 17. Оп. 3. Д. 978. Л. 2]. На следующий день практически все центральные газеты опубликовали постановление ЦИК и СНК СССР «О запрещении абортов, увеличении материальной помощи роженицам, установлении государственной помощи многодетным, расширении сети родильных домов, детских яслей и детских садов, увеличении уголовного наказания за неплатеж алиментов и о некоторых изменениях в законодательстве о разводах». Закон о запрете абортов в СССР вступил в силу.

Казус наркома Каминского

Стоит признать, что в окончательный текст закона было введено небольшое положение, основанное на медицинских показаниях, разрешающее аборты: «Производство абортов допустить исключительно в тех случаях, когда продолжение беременности представляет угрозу жизни или грозит тяжелым ущербом здоровью беременной женщины, а равно при наличии передающихся по наследству тяжелых заболеваний родителей, и только в обстановке больницы и родильных домов»⁷. Необходимо было разработать дополнительное нормативное регулирование к данному положению, чтобы определить, какие заболевания относить к числу угрожающих здоровью и жизни женщины. Составить такой перечень было поручено наркому здравоохранения РСФСР Г.Н. Каминскому.

Первый вариант перечня Г.Н. Каминский направил на рассмотрение И.В. Сталину и В.М. Молотову уже 17 июля 1936 г. [РГАСПИ, Ф. 558. Оп. 11. Д. 896. Л. 35]. В его разработке приняли участие не только чиновники из наркомата здравоохранения, но и видные советские медики. В основе своей перечень повторял опубликованный еще в 1932 г. «Список безусловных медицинских показаний к аборту». Однако новый перечень был заметно расширен, и это дает нам основание считать, что советская медицинская общественность во главе с наркомом пошла на частичную легализацию абортов.

Г.Н. Каминский предложил каждый отдельный случай хирургического прерывания беременности решать на врачебном консилиуме. В такие консилиумы при каждой женской консультации должны были входить три специалиста: акушер-гинеколог, терапевт и врач по специальности, к которой относилось устанавливаемое заболевание. Нарком предлагал создавать их при каждой женской консультации (не более двух в городах и в каждом районном центре). Если имелось расхождение мнений членов консилиума, случай направлялся на рассмотрение особых комиссий при областных или краевых здравоохранениях. В проекте приказа наркомата предлагалось любые аборты проводить бесплатно [РГАСПИ, Ф. 558. Оп. 11. Д. 896. Л. 38].

Предложения Г.Н. Каминского и, особенно, перечень заболеваний вызвали резкую критику И.В. Сталина, о чем свидетельствуют пометы на документах. Так, на сопроводительной записке наркома советский вождь написал: «Можно только удивляться нахальству авторов проекта, которые на деле отменяют декрет против абортов», а на самом перечне поставил вопросы: «Разве эти болезни передаются по наследству? Или разве они все угрожают жизни роженицы?» [РГАСПИ, Ф. 558. Оп. 11. Д. 896. Л. 31].

Действительно, с точки зрения советского руководства, список заболеваний оказался непростительно большим: он включал 16 групп заболеваний. На наш взгляд, уместно привести этот список, т. к. он служит прекрасной иллюстрацией медицинских представлений советской эпохи 1930-х годов в ракурсе (используя современную терминологию) биоэтической дилеммы аборта. Так, в перечень вошли: 1) болезни сердца и сосудов (эндокардиты, пороки сердца с признаками расстройства кровообращения, поражения мышцы сердца при наличии стойкой аритмии, тяжкие и стойкие изменения кровеносных сосудов, стенокардия, стойкая гипертония, не зависящая от беременности); 2) болезни почек и мочевых путей (стойкие формы воспалительных, дегенеративных и склеротических изменений почек, острые нефриты и пиелонефриты, двусторонний нефролитиаз, камни мочеочника или мочевого пузыря при наличии воспалительных явлений, кистозные поражения почек, хронический язвенный цистит, наличие одной почки); 3) болезни дыхательных путей (бронхиальная астма, абсцесс и гонорея легких, актиномикоз и эхинококк легких, туберкулез всех форм, деформация грудной клетки); 4) болезни печени (цирроз, абсцесс и гонорея печени, желчнокаменная болезнь, осложненная инфекцией, хронические воспаления желчного пузыря); 5) болезни желудочно-кишечного тракта, связанные с истощением и сужением пищеварительного аппарата; 6) болезни эндокринной системы (базедова болезнь, микседема, сахарный диабет, аддисонова болезнь, акромегалия, остеопороз, тетания); 7) болезни кровеносных органов (злокачественное малокровие, лейкозы, лимфогранулематозы, геморрагические диатезы, гемолитическая желтуха, стойкие формы спленомегалии типа Банти и Гоше); 8) хронические формы малярии; 9) злокачественные образования любых органов; 10) болезни нервной системы (спинальные параличи, сифилис головного мозга, спинная сухотка, множественный склероз и диссеминированный энцефаломиелит, сирингомиелия, церебральные параличи, эпидемический энцефалит, хорея беременных, опухоли головного мозга, полиневриты, прогрессивная мышечная атрофия, врожденные поражения центральной нервной системы); 11) сифилитические болезни; 12) болезни органов чувств (неврит зрительного нерва, ретинит и отслойка сетчатки, кровоизлияние в сетчатку, поражение роговицы с характерным размягчением, задние стафиломы с изменением сосудистой и сетчатой оболочки, хронический двусторонний иридоциклит, атеросклероз, хронические кохлеарные невриты, лабиринтопатии с явлениями декомпенсации вестибулярных функций); 13) психические заболевания (явно выраженные душевные заболевания матери, шизофрения, генуинная эпилепсия, пресенильные артериосклеротические психозы, прогрессивный паралич, алкогольный психоз, тяжелые случаи наркомании, маниакально-депрессивные психозы); 14) болезни костно-суставной системы (выраженные формы сколиоза и анкилозирующий спондилит, невосприимчивые формы врожденного вывиха, значительная деформация тазобедренного сустава, отсутствие одной из конечностей); 15) заболевания половой сферы (сужение таза, значительные рубцовые изменения влагалища, перенесение операций по поводу мочеполювых свищей, неконтролируемая рвота беременных, наличие рубцов стенки матки, лактация в первые 9 месяцев беременности); 16) заболевания, передающиеся по наследству (глухонемая, наследственная слепота, уродство конечностей, нарушающих трудоспособность, гемофилия, идиотия, генуинная эпилепсия, шизофрения, ясно выраженный циркулярный психоз) [РГАСПИ, Ф. 558. Оп. 11. Д. 896. Л. 37–38].

В конце августа 1936 г. Г.Н. Каминский, уже будучи наркомом здравоохранения СССР, направил на рассмотрение И.В. Сталину новый «Перечень медицинских показаний к операции искусственного прерывания беременности (аборта)», а также проект постановления СНК СССР «О порядке разрешения прерывания беременности по медицинским показаниям» [РГАСПИ, Ф. 558. Оп. 11. Д. 897. Л. 43]. На этот раз Каминский существенно переработал

⁷ «Правда», 29 июня 1936 г.

первоначальный проект, сократив его на треть. Как писал сам нарком: «В перечне остались только такие заболевания, которые, по мнению всех видных специалистов, бесспорно являются препятствием к нормальному завершению беременности и безусловно угрожают жизни или тяжелым ущербом для здоровья беременной женщины» [РГАСПИ, Ф. 558. Оп. 11. Д. 897. Л. 44].

Однако члены Политбюро ЦК после опроса от 1 сентября 1936 г. отклонили проект Каминского, рекомендовав ему «максимально сократить перечень медицинских показаний, на основе обмена мнений в Политбюро» [РГАСПИ, Ф. 17. Оп. 3. Д. 981. Л. 4]. Лишь через месяц, 11 октября 1936 г., члены Политбюро приняли постановление «О порядке разрешения аборт» и утвердили перечень болезней, на основании которых было разрешено проводить хирургические операции по искусственному прерыванию беременности. Новый перечень был меньше первоначального и включал 15 типов заболеваний: 1) тяжкие и тяжелые органические поражения сердца и кровеносных сосудов (эндокардиты с анатомическими поражениями клапанов сердца, анатомические поражения клапанов сердца и поражения мышцы сердца при явлениях недостаточности кровообращения, стойкая гипертония; 2) стойкие формы воспалительных, дегенеративных и склеротических изменений почек с ограничением их функций; 3) двусторонний нефролитиаз, установленный рентгенологически; 4) открытые формы легочного туберкулеза, а также закрытые туберкулезные изменения легких и плевры; 5) туберкулез мочевых путей, брюшины, кишечника, костей, суставов и гортани; 6) хронические паренхиматозные поражения печени с выраженным нарушением функции; 7) базедова болезнь с выраженной недостаточностью сердечно-сосудистой системы или стойкими интоксикациями; 8) злокачественное малокровие и злокачественная анемия беременных; 9) лейкозы; 10) злокачественные опухоли; 11) эпилепсия; 12) ретиниты или невриты зрительного нерва; 13) тяжелые заболевания роговицы; 14) сужение таза от 7,5 см и ниже; 15) наследственные болезни одного из родителей (гемофилия, идиотия, гениальная эпилепсия, тяжкие формы шизофрении и маниакально-депрессивного психоза, наследственная слепота и глухонмота, наследственная атаксия) [РГАСПИ, Ф. 17. Оп. 3. Д. 981. Л. 6–9].

Кроме перечня заболеваний было утверждено положение «О порядке разрешения прерывания беременности (аборта) по медицинским показаниям», содержащее важные положения врачебной этики и деонтологии. Согласно этому положению, врач был поставлен в довольно жесткие условия. Так, в положении оговаривалось, что «советский врач должен твердо усвоить, что аборт не только вреден для здоровья женщины, но и является серьезным социальным злом, борьба с которым есть долг каждого сознательного гражданина и, прежде всего, медицинских работников», а «добросовестный советский врач в своей практике не должен допускать ни малейшего отступления от основного правила, изложенного в законе от 27.IV с. г., что аборт допускается как исключение». Отныне «всякое произвольное толкование этих показаний, всякое расширение их категорически запрещается», «врача, который недостаточно строго и добросовестно будет применять установленные показания, не говоря уже о прямых нарушениях, ожидает установленное законом уголовное наказание» [РГАСПИ, Ф. 17. Оп. 3. Д. 981. Л. 11–12]. Уголовная ответственность была возложена и на членов врачебных комиссий, определявших в каждом отдельном случае заболевание, служащее основанием для разрешения аборта. Наконец, административная ответственность за деятельность членов комиссий была возложена на местных руководителей здравоохранения и наркомов республик. Дополнительной формой, ужесточающей процедуру, стало и то, что за проведение абортов стала взиматься плата.

Таким образом, попытка медицинской общественности и наркома здравоохранения Г.Н. Каминского расширить перечень медицинских оснований для проведения абортов не уда-

лась. Только в 1951 г. Совет Министров СССР принял постановление «О порядке разрешения аборта по медицинским показаниям», которое существенно расширило перечень болезней, на основании которых можно было проводить операцию по искусственному прерыванию беременности. В постановление были включены практически все заболевания из первого списка Каминского, к тому времени расстрелянного и признанного врагом народа. Были также существенно облегчены правила проведения абортов, однако только в 1954 г. была снята уголовная ответственность за осуществление абортов, а еще через год Президиум ЦК КПСС утвердил указ Президиума Верховного Совета СССР «Об отмене запрещения абортов». Так завершился почти двадцатилетний период запрета абортов в СССР.

В 1937 г. известный советский деятель А.А. Сольц, прозванный «совестью партии», писал в газете «Труд»: «Нам нужны люди. Аборты, которые уничтожают жизнь, неприемлемы в нашей стране. Советская женщина имеет одинаковые права с мужчиной, но это не освобождает ее от великого и почетного долга, который возложила на нее природа: она мать, она дает жизнь. И это определено не личное дело, но дело большой социальной важности» (цит. по [Денисов Б.П., Сакевич В.И., 2014, с. 188]). А.А. Сольц фактически транслировал позицию власти не только в отношении абортивной политики, но и шире — в стремлении контролировать человеческое тело, индивидуальность и ценность человека. Впрочем, советское правительство находилось в «тренде» мировой политики. Так, Германия ввела уголовное наказание за искусственное прерывание беременности еще в 1872 г., а во время Первой мировой войны и вплоть до окончания Второй мировой войны запретила рекламу противозачаточных средств и ужесточила закон об абортах. В 1923 г. Франция установила уголовное наказание для врачей, занимавшихся абортами, аналогичным образом поступила Италия, введя до 5 лет тюрьмы для любого, кто осуществлял аборты. В межвоенный период аборты были запрещены в ряде стран [Хоффманн Д.Л., 2018, с. 184].

Однако для нас советский пример интересен не только тем, что законопроект о запрете абортов был ярким историко-медицинским фактом, на основании которого во многом можно сделать выводы о положении дел в отрасли в целом, а также в акушерстве и гинекологии в частности. Законопроект и его обсуждение породили своеобразную биоэтическую дискуссию как внутри власти, так и в советском обществе. В этой дискуссии примечательна схожесть позиций власти и общества. Заявляя о необходимости введения запрета на аборты, обе стороны предлагали социально-экономическое обоснование для данной меры. Так, власть считала, что запрещая аборты, она должна дать взамен новые родильные дома, детские ясли и сады, увеличить дотации многодетным семьям, сделать экономически невыгодными разводы. Но и советское общество придерживалось таких же позиций, рассчитывая, что власть обязана оказывать поддержку малоимущим гражданам, поднимать уровень здравоохранения. Практически никто, включая и профессиональное медицинское сообщество, не ставил вопрос о выборе самой женщины, о ее правах на собственное тело.

Вместе с тем дискуссия о запрете абортов середины 1930-х годов, несмотря на свою неоднозначность и внутреннюю противоречивость, позволяет нам увидеть, как формировались этический и биоэтический дискурсы в советском обществе. На примере выбранной темы мы глубже можем раскрыть и показать историю тела, а также пределы контроля над личностью в СССР.

БИБЛИОГРАФИЯ

- Денисов Б.П., Сакевич В.И. Очерк истории контроля рождаемости в России: блуждающая демографическая политика // Демографические исследования. — 2014. — № 23. — С. 186–208.
- Жиромская В.Б. Демографическая характеристика экономически активного населения РСФСР в 1920-е — середине 1930-х гг. // Общество: философия, история, культура. — 2018. — № 4. — С. 66–70.
- Исупов В.А. Демографическая политика сталинского правительства. Конец 1920-х — 1940-е гг. // В сб.: Урал и Сибирь в сталинской политике. — Новосибирск, 2002. — С. 31–45.
- Исупов В.А. Демографические катастрофы и кризисы в России в первой половине XX века. — Новосибирск, 2000.
- Исупов В.А. Социальные и природные факторы демографической катастрофы в Западной Сибири (начало 1930-х гг.) // Исторический курьер. — 2018. — № 1. — <http://istkurier.ru/data/2018/ISTKURIER-2018-1-11.pdf>. (февраль 2021).
- Корнилов Г.Е. Эволюция младенческой смертности на Урале в первой половине XX в. // Уральский исторический вестник. — 2014. — Т. 3(44). — С. 80–89.
- Лебина Н.Б. Советская повседневность: Нормы и аномалии. От военного коммунизма к большому стилю. — М., 2016.
- Пивоваров Н.Ю., Шок Н.П. К истории запрета аборт в СССР: позиция властей и мнения советского общества в биоэтическом ракурсе (1935–1936 гг.) // История медицины. — 2019. — Т. 6(2). — С. 160–171.
- Российский государственный архив социально-политической истории (РГАСПИ).
Собрание постановлений и распоряжений СНК СССР от 1935 г.
Собрание узаконений РСФСР (СУ), 1920. № 90.
- Хоффманн Д.Л. Вращивание масс. Модерное государство и советский социализм. 1914–1939. — М., 2018.
- Clements B.E. A History of Women in Russia. From Earliest Times to the Present. — Bloomington-Indianapolis, 2012.
- Conze S. Weder Emanzipation noch Tradition. Stalinistische Frauenpolitik in den vierziger Jahren // In: Stalinismus. Neue Forschungen und Konzepte / Ed. by S. Plaggenborg. — Berlin, 1998.
- Engel B.A. Women in Russia, 1700–2000. — New York, 2004.
- Glass B.L., Stolee M.K. Family Law in Soviet Russia, 1917–1945 // Journal of Marriage and the Family. — 1987. — Vol. 49. — P. 899.
- Heer D.M. Abortion, Contraception, and Population Policy in the Soviet Union // Soviet Studies. — 1965. — Vol. 17. — P. 76–83.
- Ilić M. (ed.) Palgrave Handbook on Women and Gender in Twentieth-Century. — Basingstoke, 2017.
- Kaminsky L. Utopian Visions of Family Life in the Stalin-Era Soviet Union // Central European History. — 2011. — Vol. 44. — P. 83–88.
- Nakachi M. “Abortion is Killing us”. Women’s Medicine and the Dilemmas for Postwar Doctors in the Soviet Union, 1944–48 // In: Soviet Medicine. Culture, Practice, and Science / Ed. by F.L. Bernstein, C. Burton, D. Healey. — DeKalb, 2010.

Nakachi M. A Postwar Sexual Liberation? The Gendered Experience of the Soviet Union’s Great Patriotic War // Cahiers du Monde russe. — 2011. — Vol. 52(2–3). — P. 423–440.

Nakachi M. Population, Politics and Reproduction. Late Stalinism and its Legacy // In: Late Stalinist Russia. Society between Reconstruction and Reinvention / Ed. by J. Fürst. — New York, 2006. — P. 26–35.

Solomon S.G. The Demographic Argument in Soviet Debates over the Legalization of Abortion in the 1920s // Cahiers du Monde russe et soviétique. — 1992. — Vol. 33(1). — P. 59–82.

Сформировавшись в глубокой древности и эволюционируя в процессе исторического развития, принципы и методы традиционной медицины и основы врачевания не только прочно вошли в жизнь и практику лечения китайцев, но и стали культурной ценностью китайской цивилизации. В настоящем разделе обсуждается значимость таких принципов и методов, а также актуальность их применения в период новейшей истории; ставится вопрос, чем китайская традиционная медицина оказалась привлекательной для советской медицины.

Проблема интеграции медицинских практик и методов в различные отрасли медицины стала актуальной достаточно давно. По сути европейская медицина научного типа с момента своего зарождения столкнулась с более ранними оздоровительно-лечебными практиками. Интегрированием в медицинской сфере стали называть случаи частого внедрения каких-либо новых методов диагностики и лечения. Одним из масштабных примеров такой интеграции в середине XX в. (1950-е годы) стало появление в советской врачебной практике традиции иглорефлексотерапии, заимствованной из китайской медицины [Гусева Н.Ю., Мамкина И.Н., 2017].

Наша цель — дать оценку историческим событиям, в рамках которых, с одной стороны, происходила трансформация традиционных практик китайской медицины, с другой — интеграция новых методов организации здравоохранения в имеющуюся систему. Также мы намерены выявить степень использования советскими врачами в их терапевтических практиках отдельных методов традиционной китайской медицины.

Внешнеполитические, экономические и социальные изменения в китайском обществе после Второй мировой войны привели к тому, что в Китае к тому времени не сложилось развитой системы здравоохранения. Ее существенное отставание от европейских систем и медицинских новаций подталкивало Китай к тесному сотрудничеству с СССР.

В частности, к началу образования КНР показатели средней продолжительности жизни людей существенно отставали от таковых в европейских странах и СССР. Катастрофическая нехватка медицинских пунктов, амбулаторий, больниц, слабая система подготовки медицинских кадров стали объективной реальностью Китая еще в конце 1940-х годов. Вследствие таких обстоятельств система здравоохранения Китая в эти годы нуждалась в серьезной модернизации.

Один из вопросов, который закономерно возникает при изучении опыта внедрения методов китайской традиционной медицины в практику советских врачей и ряда образовательных учреждений, состоит в том, какими соображениями могли руководствоваться советские специалисты, соглашаясь на подобный формат сотрудничества, и как это повлияло на формирование новых традиций в советской медицине.

Характеризуя в целом китайскую медицину, безусловно, можно утверждать, что в Китае к середине XX в. сложилась своя система врачевания, во многих отношениях непохожая ни на какие другие. Многие древнекитайские учения и представления о природе здоровья человека, о болезнях, их диагностике и лечении к настоящему времени не получили своего научного обоснования, поскольку они, по своей сути, не могут быть объяснены на основе доказательной базы, традиционно сложившейся в истории медицинской науки. И все же их опровержение по причине отсутствия совокупности научных доказательств не является веским предлогом для их полного отрицания и неприятия. Так, концепции иглорефлексотерапии как метода лечения, исследования пульса как метода диагностики сформировались еще в Древнем Китае и с успехом

используются во многих странах мира как в частнопрактикующей медицине, так и в государственных медицинских учреждениях.

В настоящее время российско-китайские отношения являются одним из важнейших направлений внешнеполитической деятельности нашего государства. В меняющемся мире значение китайского фактора в международных делах и процессах России также изменяется. Наряду с различными формами сотрудничества, среди которых на первый план, безусловно, выходят экономические и внешнеполитические факторы, гуманитарная сфера продолжает оставаться важным механизмом взаимодействия двух стран. В современной исторической науке появляются исследования, затрагивающие вопросы различных форм гуманитарного сотрудничества Китая и России как в современном мире [Ван Гохун, 2017; Гусева Н.Ю., Мамкина И.Н., 2017; Виноградов А.О., 2018; Лузянин С.Г., 2018], так и в исторической ретроспективе [Лукин А.В., 2013]. В сфере здравоохранения тоже имеют место как успехи, так и недостатки подобного сотрудничества.

XIX съезд Коммунистической партии Китая, проходивший с 18 по 24 октября 2017 г., определил важность гуманитарного воздействия в мире, акцентировав внимание на необходимости стимулировать творческое внедрение и инновационное развитие лучших достижений китайской традиционной культуры, наследовать революционную культуру, развивать передовые социалистические ценности. Таким образом, современный Китай выстроил четкую логику для дальнейшего диалога с внешним миром, опираясь на традиционную китайскую культуру в совокупности со спецификой социалистической традиции.

В центре научного внимания находится опыт советско-китайских межгосударственных отношений в сферах медицины и здравоохранения на этапе их восходящего развития, т. е. в 1950-е годы.

Основной источниковедческой базой нашей работы служат материалы фондов Управления внешних сношений Министерства здравоохранения СССР [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34; Ф. 8009. Оп. 2] и Совета Министров СССР [ГАРФ, Ф. 5446. Оп. 86а] Государственного архива Российской Федерации (ГАРФ).

Юридическая и финансовая составляющие сотрудничества двух государств в сфере медицины регулировалась Управлением по делам научно-технического сотрудничества Государственного комитета Совета министров СССР по науке и технике, документы которого хранятся в Российском государственном архиве экономики [РГАЭ, Ф. 9493. Оп. 1]. Также существенным дополнением к реконструкции содержательной части такого сотрудничества, связанного с командировками советских врачей в Китай, их целей и итогов, служат материалы местных архивов (в нашем случае — Центрального архива Нижегородской области), которые помогают восполнить пробелы в знании о пребывании советских врачей за границей. Документы фонда Горьковского медицинского института им. С.М. Кирова [ЦАНО, Ф. 2533. Оп. 3; Ф. 2533. Оп. 3а] позволяют внести важные дополнения в общую картину о самой крупной и длительной поездке советских врачей в КНР, состоявшейся в 1954–1956 гг.

С помощью отчетов советских ученых о таких командировках в КНР можно выявить особенности каждой из поездок в контексте советско-китайских отношений, поскольку такие документы не только дают богатый материал о фактически проделанной работе советскими врачами и специалистами, но и помогают найти ответы на многие вопросы, относящиеся к состоянию медицины и здравоохранения Китая. Подобные архивные материалы интересны и с точки зрения реконструкции восприятия сложившейся в Китае ситуации врачом-участником делегации и его субъективной оценки.

Помимо официально поданных отчетов в Минздрав СССР или же заслушанных на заседаниях ученых советов высших учебных заведений и научно-исследовательских институтов неко-

торые врачи после таких поездок писали историко-медицинские очерки [Вогралик В.Г., 1959а; Вогралик В.Г., 1959b] и научные работы [Русецкий И.И., 1959; Русецкий И.И., Терегунов А.Х., 1962; Тыкочинская Э.Д., 1960; Тыкочинская Э.Д., 1979], делали выступления, в которых принимали попытки переосмыслить полученные сведения как о китайской народной медицине, так и об образе жизни населения. Особое внимание советские специалисты уделяли китайским практикам в середине 1950-х годов. По сути в этот период времени интерес к методике игло-рефлексотерапии получил свое новое рождение.

Чрезвычайно важной составляющей в медицинской сфере с начала активизации сотрудничества двух стран стало командирование в КНР советских специалистов с целью передать опыт практической работы на предприятиях, в больницах, учреждениях и организациях.

Среди таких многочисленных командировок советских врачей, организованных Министерством здравоохранения СССР в КНР, были и такие, в ходе которых советские медицинские работники не просто внедряли в сферу китайского здравоохранения новые современные на тот момент методики и способы лечения, но и занимались изучением методов традиционной китайской медицины с последующей перспективой ее апробации и дополнения в СССР. Таким образом, имел место взаимный обмен рядом достижений в сфере медицины и здравоохранения в период пика сотрудничества двух стран. Безусловно, речь идет не только о равномерном взаимобмене, но и о самом факте потенциальной интеграции медицинских традиций на данном историческом этапе, что заслуживает особого внимания историков медицины¹.

Архивные материалы показывают, что помощь СССР Китаю была постоянной и, соответственно, поездки советских специалистов носили частый характер. Посредством анализа отчетов о таких командировках можно выделить несколько задач, стоявших перед советским руководством в рамках медико-технической помощи КНР. Во-первых, в них имеется информация о задаче строительства заводов и предприятий на территории КНР. Прежде всего это заводы по производству антибиотиков [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 175] и сульфамидных препаратов (1955 г.) [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 174]. Есть сведения и о подписании контракта на строительство медицинского городка в Урумчи (1955 г.) [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 176–177]. Во-вторых, эти документы свидетельствуют о том, что в 1956 г. начинается процесс передачи Китаю технической документации, бактериальных и вирусных препаратов, программ организации системы здравоохранения [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 173, 266, 394, 525]. В-третьих, в них говорится об особом интересе китайского правительства к сфере эпидемиологии.

В таком ракурсе важным представляется ряд командировок советских врачей в КНР, организованных Министерством здравоохранения СССР с 1954 по 1956 г. Среди таковых значительной была июльская поездка, состоявшаяся в 1956 г., для изучения метода терапии Чжэнь-цзю [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 247].

Далее мы будем отделять эту поездку, состоявшуюся под руководством профессора Горьковского медицинского института им. С.М. Кирова Вадима Габриэлевича Вогралика (1911–1997), от другой его командировки (несмотря на их хронологическую близость). Ее цель заключалась не столько в изучении упомянутого выше метода китайской медицины, сколько в решении задач управления перестройкой высшего медицинского образования, реализации утвержденных планов научно-технического сотрудничества.

В.Г. Вогралик был направлен в терапевтическое отделение Пекинской государственной больницы КНР, где он вместе со своими коллегами выполнял возложенные на них Министерством здравоохранения задачи диспансеризации высшего командного и партийного состава, а также осуществлял внедрение основ советской системы высшего медицинского

образования в систему Пекинского университета. Также советские медики (в частности, сам В.Г. Вогралик) знакомили пекинских врачей с основными вопросами организации терапевтической службы в СССР. Согласно отчету о двухлетней работе В.Г. Вогралика, в этом отделении [ЦАНО, Ф. 2533. Оп. 3а. Д. 936. Л. 67–81] врачи не только проводили консультации и научные конференции, во время которых обсуждали передовой опыт советской медицины, но и организовывали клинические обсуждения больных.

В течение двухлетней непрерывной работы В.Г. Вогралика в КНР в Пекинский университет и Пекинскую правительственную больницу приезжали и другие медицинские работники из Москвы. Среди таких специалистов была профессор Эсфирь Давыдовна Тыкочинская, написавшая ряд основополагающих трудов по проблемам иглоукалывания.

В отчете Минздраву СССР она отмечала, что «в СССР существуют все предпосылки для успешного изучения метода иглоукалывания» [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 247. Л. 28]. По ее мнению, изучение этого вопроса должно было проходить по трем направлениям: по линии подготовки кадров, по линии классического изучения терапевтической эффективности этого метода и по линии изучения теоретических основ. Только в подобном комплексе, полагала она, интеграция традиционного метода иглотерапии могла стать успешной. Также Э.Д. Тыкочинская обращала внимание на то, что «подготовка врачей, владеющих этим методом, является непременным условием для успешного клинического и теоретического изучения данного вопроса» [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 247. Л. 29].

В отчете Э.Д. Тыкочинской был подведен итог, а также высказано компетентное мнение советских медиков и ученых о методе иглоукалывания. Этот метод, по их мнению, представляется «весьма своеобразным и оригинальным методом рефлекторной терапии, дающим при ряде заболеваний, особенно непосредственно после лечения, весьма благоприятный терапевтический эффект. Огромным [его] достоинством... является экономичность, отсутствие необходимости в сложной дорогой аппаратуре и возможность его широкого применения в отдаленных уголках страны... этот метод заслуживает дальнейшего углубленного изучения и развития» [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 247. Л. 25].

В годовом отчете советского врача, профессора Ивана Георгиевича Кочергина (1903–1980)² о работе советских медиков в КНР в 1956 г. и собранных материалах о применении методов лечения китайской народной медицины³ [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 2. Д. 2367] высказываются некоторые предположения по дальнейшему развитию и укреплению взаимного сотрудничества между медиками СССР и КНР. Среди реальных возможностей для осуществления сотрудничества по линии совместной научной разработки ряда проблем медицины особо выделяются перспективы в области изучения китайской народной медицины. И.Г. Кочергин высказал мнение относительно этого направления: «Неясность или несостоятельность некоторых теоретических концепций народной медицины не могут быть основанием для безразличного и тем более отрицательного отношения к ней. Мое мнение такое: нужно всемерно форсировать изучение опыта и получения убедительных результатов лечения, попытаться научно осмыслить этот опыт» [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 2. Д. 2367. Л. 1].

В середине 1950-х годов в КНР развернулась большая научно-исследовательская работа по народной медицине. В утвержденном двенадцатилетнем плане научных исследований был выделен специальный раздел «Обобщение и развитие опыта и теории китайской народной медицины» [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 2. Д. 2367. Л. 5]. Научное решение этой задачи должно было проводиться по многим направлениям, а именно: в рамках а) изучения и разъяснения системы тео-

¹ Такой вопрос еще не поднимался, но, на наш взгляд, тщательное изучение архивных материалов позволит сделать соответствующие выводы.

² И.Г. Кочергин — организатор здравоохранения, член-корреспондент Академии медицинских наук СССР.

³ Этот отчет был направлен министру здравоохранения М.Д. Ковригиной.

рий китайской народной медицины (включая перевод классических трудов с древнекитайского языка на современный китайский, а также освоение материалов этих трудов); б) изучения основных китайских теорий о методах лечения. Причем теоретические исследования планировалось сочетать с большой экспериментальной и клинической работой. По мнению китайских деятелей народной медицины, методы и средства внешнего воздействия были самостоятельной областью в народной медицине и обладали избирательно-специфическим свойством. Они высоко отзывались о ряде результатов подобного лечения, отмечая при этом отсутствие их систематизации.

Тем не менее подобная методика была взята на вооружение советскими врачами и по их инициативе были определены три направления, по которым должны были проводиться научные исследования. Во-первых, это исследование ассортимента китайских народных лекарственных веществ и изучение рецептуры, унификация названий и установление стандартов. Во-вторых, это изучение теории основных прописей народных лекарств и их лечебной эффективности, выявление наиболее эффективных записей с целью внедрить их в широкую практику для борьбы с основными заболеваниями. И наконец, в-третьих, это выяснение фармакологического действия основных рецептов и на основе полученных данных разработка новых, более совершенных лекарственных форм [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 2. Д. 2367. Л. 7–9].

Таким образом, интерес к китайской медицинской практике в советских медицинских вузах начал возрастать, несмотря на то что значительная часть советских врачей не воспринимала этот метод как научно обоснованный и результативный.

И.Г. Кочергин в своем отчете также отмечал: «За последние годы при активном участии кафедр мединституты проведены некоторые теоретические и экспериментальные исследования по Чжэнь-цзю терапии. Так, кафедры анатомии ряда мединституты занимаются изучением локализации пунктов уколов в свете современных данных по анатомии. Кафедры физиологии и патологии (особенно в Шэньянском мединституте) изучают влияние этого метода на функции внутренних органов, на систему крови и пр.» [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 2. Д. 2367. Л. 10]. В качестве примера он приводит Ленинградский медицинский институт, Первый Московский государственный медицинский университет и Горьковский медицинский институт.

Впоследствии предполагалось отобрать наилучшие варианты и технические приемы иглоукалывания и выявить наиболее совершенные инструменты для этой цели. В отчете И.Г. Кочергина было заявлено, что «в крупных медицинских учреждениях намечается создание отделений (кабинетов) по акупунктуре, а в дальнейшем — на базе этих отделений — соответствующих научных учреждений» [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 2. Д. 2367. Л. 11].

Анализируя отчеты командированных советских врачей, можно прийти к заключению, что планирование научных исследований, проведение необходимых мероприятий по изучению опыта китайской медицины и внедрение этого опыта в советскую клинику имели весьма важное значение.

В заключении были сформулированы следующие мероприятия, необходимые для дальнейшего успешного внедрения в лечебную практику метода иглотерапии: «Во-первых, выделить помещение для приема амбулаторных больных в больнице им. Боткина и в институте курортологии, которые должны стать базой для проведения дальнейших циклов обучения... Во-вторых, просить Горздрав включить дальнейшие циклы обучения врачей города Москвы в сетку циклов Центрального института усовершенствования врачей... В-третьих, включить в программу циклов усовершенствования невропатологов и физиотерапевтов курс по иглотерапии... в количестве 70 часов» [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 2. Д. 2367. Л. 37–38]. Соответственно в будущем было необходимо подготовить клинические базы для лечения пациентов, обеспечить бесперебойное снабжение иглами эти лечебные учреждения. Отмечалось также, что больница им. С.П. Боткина станет организационно-методическим и научным центром.

Помимо изучения методики прижигания и иглоукалывания в мае — августе 1957 г. Минздрав СССР организовал командировку для изучения лекарственных растений Китая и их применения в рамках фитотерапии [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 416]. Однако, несмотря на это, все же именно метод иглорефлексотерапии получил широкое применение в практике советской терапевтической школы.

Взаимный научный обмен и сотрудничество в сфере медицины, конечно, не ограничивались исключительно ознакомлением с традиционными практиками и восприятием последних европейских достижений. Сотрудничество было масштабным, и осуществлялось оно по многим направлениям. Например, на протяжении 1958 г. советские ученые в качестве слушателей и докладчиков принимали участие в работе Всекитайского конгресса по борьбе с паразитарными заболеваниями (ноябрь) [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 485] и работе I всекитайской конференции по борьбе с трахомой (июль) [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 484].

К концу 1950-х годов взаимный обмен практиками и медицинскими достижениями не снижался. Договоренности обеих сторон носили вполне конкретный характер. В записи беседы с вице-президентом Академии медицинских наук КНР профессором Шун Цзи-чжином, состоявшейся 20 марта 1959 г. в Москве, четко обговаривались принципы продолжавшегося налаженного сотрудничества. При этом, наряду с важным вопросом о перспективе издания совместного журнала, вестника обеих Академий медицинских наук на двух языках и организации совместных научно-исследовательских институтов по взаимно интересующим проблемам, советская сторона вновь обсуждала вопрос об отправке в СССР материалов по китайской народной медицине и ее препаратов. Этот факт указывает на то, что интерес к китайским народным традициям лечения у советских врачей не прекращался.

В 1960 г. такой интерес врачей к изучению китайской медицины также сохранялся. С 25 мая по 2 апреля 1960 г. в Пекине, Шанхае, Ханчжоу находилась советская делегация в составе вице-президента АМН СССР В.Д. Тимакова, действительного члена АМН СССР А.Ф. Библина, представителя Управления внешних сношений Министерства здравоохранения СССР В.И. Петрова. Представители советской стороны не только привезли проект «Соглашения о научном сотрудничестве по важнейшим вопросам медицины между АМН СССР и АМН КНР», осмотрели китайские институты и лечебные учреждения, но и отметили, что «изучение народной медицины получило широкий размах, поскольку народные средства китайской медицины стали изучаться применительно к внутренним, детским, инфекционным, хирургическим заболеваниям» [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 675. Л. 23–24].

Очевидно, что и в 1960-е годы накопленный опыт продолжал обобщаться, изыскивались наиболее удобные и рациональные методики, пригодные для массового употребления, изучались теоретические обоснования применения народных средств, обсуждались механизмы их действия.

Сам по себе вопрос изучения действия народных средств и, что наиболее важно, их результативности является трудным и сложным. Особенностью выстраивания системы применения народных практик в больницах и лечебных учреждениях Китая было то, что такими вопросами занимались именно народные врачи, не имеющие опыта научной работы, а зачастую и законченного высшего медицинского образования. Этот факт неоднократно озвучивался советскими врачами в их отчетах [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 675. Л. 24]. Они отмечали: «Система народных врачей вряд ли будет перспективна в деле продвижения науки вперед. Мы наблюдали изучение лечения иглоукалыванием в Шанхае в специальной клинике, где лечатся пациенты. Обследование больных поверхностное, остается впечатление, что диагноз у таких больных ставится лишь глубоко ориентировочно, без надлежащей дифференцировки. Вот почему результаты не могут показаться убедительными» [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 675. Л. 24].

В заключение необходимо отметить, что начиная с 50-х годов XX в. определяющим фактором жизнедеятельности системы здравоохранения КНР было заимствование медицинских технологий других стран. Одним из очевидных и наиболее ярких примеров здесь может служить научно-техническая помощь со стороны СССР, осуществлявшаяся в рассматриваемый период. Однако, сосредоточившись на заимствованиях медицинских технологий, китайская клиника почти обошла вопросы деонтологического характера отношений врача и пациента, а также других этических принципов.

Такая ситуация обусловила ряд специфических особенностей системы здравоохранения Китая. Именно этим во многом объясняется отсутствие в современном Китае биоэтики как самостоятельной научной дисциплины. Из этого, в свою очередь, вытекает то, что при отсутствии сдерживающих законодательных и правовых факторов в КНР с 2015 г. идут широкомасштабные эксперименты по изменению человеческой генетики, которые сделали Китай лидером в области разработок по генетической модификации человека.

БИБЛИОГРАФИЯ

Ван Гохун. Перспективы российско-китайского сотрудничества в области трудовой миграции // Вестник Томского государственного университета. — 2017. — № 416. — С. 61–68.

Виноградов А.О. Решения XIX съезда КПК и перспективы российско-китайских отношений. — М.: ИДВ РАН, 2018. — 112 с.

Вогралик В.Г. Два года в Китае. — Горький, 1959.

Вогралик В.Г. Слово о китайской медицине. — Горький, 1959.

Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ).

Гусева Н.Ю., Мамкина И.Н. Роль образования в развитии российско-китайских отношений: история и современность // Вестник Томского государственного университета. — 2017. — № 3. — С. 77–83.

Кобылин И.И. История боли: аффект, языковые игры и биополитика страдания // Новое литературное обозрение. — 2017. — № 3(145). — С. 350–361.

Лузянин С.Г. Россия — Китай: формирование обновленного вида. — М.: Весь Мир, 2018. — 328 с.

Нагорных О.С. Медицина СССР и Китая в 1950-е годы: традиции и интеграция практик // Интеллектуальные традиции в прошлом и настоящем. — 2018. — Вып. 4. — С. 453–464.

Российский государственный архив новейшей истории (РГАНИ).

Российский государственный архив экономики (РГАЭ).

Россия и Китай: четыре века взаимодействия. История, современное состояние и перспективы развития российско-китайских отношений / Под ред. А.В. Лукина. — М., 2013. — 704 с.

Русецкий И.И. Китайский метод лечебного иглоукалывания. — Казань, 1959.

Русецкий И.И., Терегунов А.Х. Краткое руководство по иглоукалыванию. — Казань, 1962.

Тыкочинская Э.Д. Иглоукалывание и прижигание. — Л., 1960.

Тыкочинская Э.Д. Основы иглорефлексотерапии. — М., 1979.

Центральный архив Нижегородской области (ЦАНО).

«За мир во всем мире»: гуманизм и этика глобальной безопасности в ракурсе идеологической политики советского руководства (1956–1962 гг.)

Н.П. Шок, Н.Ю. Пивоваров

Научно-технический прогресс XX столетия формировал новый образ науки. Ее достижения перестали быть чем-то элитарным; напротив, они активно стали внедряться в человеческую жизнь. Изменения такого рода заставляли мировую общественность задумываться об угрозе безопасности человека, по-новому ставились вопросы о ценности его жизни в целом. Наиболее показательным в этом отношении является процесс развития ядерных технологий во второй половине 1950-х — начале 1960-х годов¹, стимулирующий выработку советским руководством общих подходов по денуклеаризации и глобальной ядерной безопасности. В настоящей работе такие действия руководителей СССР рассматриваются в ракурсе проблемного поля биоэтики.

В этом отношении особую важность приобретает анализ позиции советского руководства², вынужденно реагирующего на мировые денуклеарные процессы и предлагающего свое видение по формированию «повестки дня» глобальной биобезопасности с ориентированием на миротворческую политику³. При рассмотрении этой проблемы основными источниками для нас служили документы высших партийных органов, собранные в так называемые тематические дела Политбюро ЦК КПСС группы 6 «Международные общественные организации», в которую были помещены постановления Политбюро и Секретариата ЦК, а также материалы, на основе которых они принимались; переписка Н.А. Булганина, а затем Н.С. Хрущева с мировой общественностью по вопросам денуклеаризации, включая широкий спектр вопросов, связанных с этикой глобальной безопасности⁴. Все в целом позволяет проследить эволюцию идей гуманизма как в общемировом масштабе, так и на уровне советской страны и ее руководства.

Важно обратить внимание не только на трудности такого диалога, его новые формы, этическую составляющую, но и на так называемый дипломатический подход при ответах советского руководства на вопросы зарубежных корреспондентов.

¹ Именно со второй половины 1950-х годов человечество начинает активно рефлексировать по поводу проблем, связанных с ядерной войной, глубже осозная последствия ядерного заражения биосферы.

² Исторические репрезентации, ориентированные на исследование участия советского руководства в поиске путей организации эффективного международного диалога, позволяют более детально изучать современный социокультурный дискурс сохраняющих актуальность мировых проблем. Особенно ярко это прослеживается в активизации международного диалога о глобальной биоэтике, в основе которой лежат идеи глобальной биобезопасности, противодействия новым биологическим угрозам и биотерроризму.

³ Проблема миротворческого движения и его вклада в решение ядерной безопасности довольно подробно изучена в историографии. См., например: Хайцман В.М., 1962; Иноземцев Н.Н., 1982; Тарле Г.Я., 1988; Велембовская Ю.А., 1999; Новик Ф.И., 2001; Харахардин О.С., 2002; Робертс Дж., 2008; Егорова Н.И., 2015, 2016; Larson D.W., 1997; Kramer M., 1999. При этом исследователи (по причине недоступности ключевых источников) не уделяли достаточного внимания реакциям на эту проблему и проектам высшего советского руководства.

⁴ В числе таковых влияние ядерных испытаний на окружающую среду и здоровье людей, распространение ядерного оружия, глобальные прогнозы существования самой человеческой цивилизации, прекращение ядерных испытаний и др.

Трудности диалога: проблемы денуклеаризации в первое послевоенное десятилетие

В первые послевоенные годы советское руководство довольно активно пропагандировало идеи тотального запрета ядерного оружия. Для этого использовались как официальные дипломатические каналы, так и неофициальные. К последним, в частности, относится и деятельность миротворческого движения, в первую очередь Всемирного Совета мира (ВСМ), ставшего рупором советской пропаганды⁵.

Напомним, что страна Советов впервые выступила против запрета ядерного оружия на Генеральной Ассамблее ООН еще в 1946 г., но более развернуто и настойчиво вопросы денуклеаризации ее руководство стало поднимать начиная с 1949 г. Это было связано с финальной стадией разработки первой советской атомной бомбы. Так, в итоговый документ Всемирного конгресса, состоявшегося в 1949 г., советским делегатам удалось включить положение о «сокращении вооруженных сил великих держав, запрещении атомного оружия и других средств массового истребления и установлении эффективного международного контроля за использованием атомной энергии лишь в мирных целях»⁶ [РГАНИ, Ф. 3. Оп. 21. Д. 2. Л. 108].

В марте 1950 г. СССР выступил с идеей проведения мировой кампании по сбору подписей о запрете использования атомного оружия и объявления преступным того правительства, которое передает атомное оружие другой стране [РГАНИ, Ф. 3. Оп. 21. Д. 2. Л. 110]. В августе 1950 г. члены советской делегации на заседании бюро комитета Всемирного конгресса сторонников мира должны были донести до мировой общественности идеи о том, что необходимо «не ограничиваться одними требованиями запрещения атомного оружия, а добиваться разоружения и усиления всесторонней борьбы за прочный мир, против новой войны» [РГАНИ, Ф. 3. Оп. 21. Д. 4. Л. 2].

После смерти И.В. Сталина вопросы денуклеаризации отходят на задний план; главными темами того периода (1953–1955) становятся окончание войны в Корее и Индокитае, германский вопрос, экономические, политические и культурные последствия ослабления международной напряженности. Новые советские руководители Г.М. Маленков и Н.С. Хрущев заявляют, что сокращение ядерного оружия расширит «экономический обмен, которого требуют народы всех стран как выхода из напряженного положения и как средства повышения жизненного уровня народов» [РГАНИ, Ф. 3. Оп. 21. Д. 7. Л. 51]. Очевидно, что поменялась коннотационная составляющая. Если до 1953 г. весь диалог строился на основе ультиматумов, предъявляемых западным странам (поскольку речь шла только о сокращении западного ядерного потенциала), то на ноябрьской сессии ВСМ в 1953 г. в Вене советским делегатам было разрешено упомянуть о стремлении Москвы к диалогу, переговорам «как единственному средству разрешения международных споров»⁷ [РГАНИ, Ф. 3. Оп. 21. Д. 7. Л. 99].

⁵ На заседаниях ВСМ вопросы по мировой денуклеаризации ставились с завидной регулярностью вплоть до середины 1950-х годов.

⁶ В «Манифесте Всемирного конгресса сторонников мира», принятом в Париже и опубликованном в «Правде», объявлялось о возможности использования атомной энергии «исключительно для мирных задач и для процветания человечества» [Правда. 27 апреля 1949 г. № 117].

⁷ Позиция французских и итальянских коммунистов нашла поддержку у консерваторов в советском руководстве. Так, будущий главный советский идеолог М.А. Суслов, подводя итоги работы советской делегации в Вене, в ноябре 1953 г. писал, что вопрос о сокращении вооружений и запрете водородного и других видов оружия массового уничтожения должен быть в центре внимания миротворческого движения, т. к. он «имеет огромную популярность в силу своего гуманного характера» [РГАНИ, Ф. 3. Оп. 21. Д. 7. Л. 65]. По всей видимости, высказывая такие предложения, М.А. Суслов действовал с оглядкой на более влиятельного члена ЦК КПСС — министра иностранных дел В.М. Молотова. Неслучайно, что спустя несколько дней после записки Суслова члены Президиума ЦК рассмотрели записку Молотова, в которой предлагалось опровергнуть распространявшуюся в западных СМИ информацию об отсутствии со стороны США фактов применения бактериологического оружия. Молотов предлагал направить в Китай и Корею специальную комиссию из ученых, чтобы опровергнуть выводы западных журналистов [РГАНИ, Ф. 3. Оп. 21. Д. 7. Л. 73].

Западные ученые, помогавшие СССР и чувствовавшие свою личную ответственность за социальный эффект развиваемых ими направлений, инициативно и публично выступали против уничтожения человечества и развития ядерных угроз. Вместе с тем активно вырабатываемые пессимистические сценарии были негативно восприняты членами ЦК, т. к., по их мнению, распространение подобных взглядов не только не содействовало мобилизации общественного мнения против подготовки атомной войны, но, наоборот, порождало «настроение обреченности, подавленности и безнадежности усилий народов перед перспективой неминуемой гибели, что неверно по существу и выгодно только организаторам и пропагандистам атомной войны» [РГАНИ, Ф. 3. Оп. 21. Д. 8. Л. 174]. Поэтому уже начиная с конца мая 1953 г. советские миротворцы начинают снижать градус ядерной угрозы.

На пути к глобальной безопасности XX съезд КПСС стал отправной точкой в пересмотре внешнеполитических ориентиров, провозгласив политику мирного сосуществования двух систем. Ядерная безопасность становится одним из важнейших условий такой мирной жизни. Впервые о проблемах ядерной безопасности стали высказываться не только советские общественники, но и первые лица СССР. Так, в августе 1956 г. председатель Совета Министров СССР Н.А. Булганин направил участникам Второй (Токийской) международной конференции против применения атомного и водородного оружия приветственное послание. Ничем не примечательный акт стал исключительно важной инициативой как с политической точки зрения, так и в ракурсе развития глобальной этики диалога государств.

В послании утверждалось, что «Советский Союз неизменно выступает за полное запрещение атомного и водородного оружия и изъятие его из вооружений государств», что «народы мира более всего желают сохранить прочный мир, избавиться навсегда от ужасов атомной войны и использовать величайшее открытие человеческого разума — атомную энергию не в целях разрушения достижений человеческой культуры, а в целях обеспечения условий мирного созидания, в интересах подъема жизненного уровня всех трудящихся» [РГАНИ, Ф. 3. Оп. 21. Д. 25. Л. 106]. Обращение от имени первого лица Советского Союза (Н.А. Булганина) было принципиально новым шагом в демонстрации позиции Москвы по вопросам глобальной безопасности. Так, в ответе председателя ЦИК Японской социал-демократической партии М. Судзуки, одного из организаторов Токийской конференции, утверждалось, что послание Н.А. Булганина способствовало «ослаблению международной напряженности».

С одной стороны, менялись подходы и отношение советского руководства к проблеме ядерной безопасности, с другой — изменялось и отношение к атомному оружию во всем мире. В марте 1957 г., спустя несколько лет после бездействия, возобновила работу подкомиссия ООН по вопросам разоружения, в повестку дня которой впервые был включен вопрос о запрещении испытаний ядерного оружия. Чуть позднее, начиная с середины 1957 г., к антиатомному движению и диалогу подключились Норвегия и Франция⁸ [РГАНИ, Ф. 3. Оп. 21. Д. 25. Л. 160]. Фактически на всех мероприятиях речь шла о биобезопасности и проблемах ценности жизни в условиях развития науки и технологий, что может рассматриваться в качестве одной из предпосылок идеи глобального биотического дискурса.

С весны 1957 г. под влиянием увеличивающейся международной активности советское руководство начинает постепенно менять дипломатический язык и подходы к решению проблем глобальной безопасности. Если в начале 1957 г. ЦК утверждал тексты (директивы для советских делегаций или приветственные послания), в которых все сводилось к возможной атом-

⁸ Непосредственным поводом для этого послужили сообщения ученых об опасности заражения людей при выпадении радиоактивных осадков после испытания ядерных бомб.

ной войне⁹, то уже в мае — апреле того же года милитаристский тон (акцентирующий угрозу войны, уничтожение человечества и т. д.) постепенно меняется на дипломатический и Москва включается в мировую кампанию по запрету испытаний ядерного оружия.

«Дипломатия писем» и этика глобального диалога

Новым подходом в выстраивании этики глобального диалога стало широкое использование «дипломатии писем» — посланий высшего советского руководства (от лица председателя Совета Министров, первого секретаря ЦК КПСС или министра иностранных дел) отдельным активистам и общественным организациям. Обращение к мировой общественности от имени первых советских лиц стало важным элементом нового этического подхода к решению глобальных вопросов со стороны Москвы. Первоначально письма отправлялись от имени Н.А. Булганина, но с конца 1957 г. лидером диалога становится Н.С. Хрущев. В декабре 1957 г. он направляет Б. Расселу два письма, что стало важным политическим шагом в отношении развития этики мирового диалога. В целом с середины 1957 г. до начала 1962 г. Президиум ЦК КПСС утвердил тексты 52 писем и посланий. Практически ни одно заседание высшего партийного органа этого периода не обходилось без обсуждения проекта очередного послания. Как правило, все советские письма были ответами на корреспонденцию, приходившую на имя высшего советского руководства, в которой в той или иной форме затрагивались проблемы глобальной безопасности. Адресатами институционально были многочисленные общества, комитеты, комиссии, конгрессы и конференции, посвященные борьбе за защиту мира, ядерное разоружение, запрещение атомной и водородной бомб. Географически они были расположены в Западной Европе (преимущественно, это Великобритания, Франция, ФРГ), Северной Америке (США, Канада) и Японии. Письма, как правило, публиковались в «Правде», «Известиях», «Коммунисте» и других советских изданиях. В редких случаях публикация сначала появлялась в западном издании (как, например, первое письмо Н.С. Хрущева Б. Расселу), затем имело место его перепечатка в советской прессе. Впрочем, речь шла только о письмах за подписью Хрущева. Письма за подписью А.А. Громыко, ответы советских послов не публиковались.

Важно учитывать, что сам Никита Сергеевич писем не писал; за него это делал аппарат ЦК или МИДа. Например, целый ряд посланий прошел первоначальное согласование в Международном отделе ЦК КПСС, а затем пересылался в секретариат Н.С. Хрущева, о чем свидетельствуют, в частности, пометы на ряде документов. Отвечало ли советское руководство на все письма, которые получало? Очевидно, нет. Значительная часть писем оседала во внутренних архивах ЦК и МИДа. В лучшем случае на них стоял росчерк: «т. Хрущев ознакомился», но чаще всего о них просто не докладывали высшему руководству. Существовала строгая избирательность относительно того, на какие письма можно отвечать. Это должны были быть или письма «друзей» (левых активистов, сторонников советского режима, пацифистов), или очень влиятельных фигур (Б. Рассела, религиозных деятелей), или письма от простых граждан, отождествляемых в советской социальной политике с рабочими и крестьянами. Но даже и в этом случае советское руководство игнорировало те письма, в которых либо содержались излишне критические выпады в отношении политики СССР, либо автор письма был не совсем «чист» с идеологической точки зрения.

Возникает вопрос, почему советское руководство начинает использовать «дипломатию писем»? На наш взгляд, это было связано как с личными амбициями Н.С. Хрущева, который после разгрома антипартийной группы в 1957 г. стал фактическим лидером мирового коммуни-

⁹ Например, так обращались советские профсоюзы к профсоюзам Великобритании и США: «...Тревогу миролюбивых народов перед возросшей угрозой вызывает развязывание врагами мира атомной войны... идея атомной войны все больше овладевает умами некоторых государственных и военных деятелей капиталистических стран» [РГАНИ, Ф. 3. Оп. 21. Д. 25. Л. 187].

стического движения, так и с кризисом миротворческого движения¹⁰.

Осознание того, что ВСМ перестает быть рупором советской пропаганды, заставляет Москву не только менять подходы в вопросах глобальной безопасности, но и обращаться к этике гуманистических идей и ценности жизни в рамках международного диалога.

Для иностранцев главными были темы глобального здоровья человека и влияния на окружающую среду радиоактивных веществ, распространяемых в ходе испытаний (т. е. те аспекты, которые сегодня находятся в рамках проблемного поля биозтики и биобезопасности). Впервые об этом, обращаясь к мировым лидерам, заявил Жолио-Кюри. В телеграмме от 5 июля 1956 г. он призывал незамедлительно прекратить ядерные испытания, поскольку они создавали угрозу «накопления радиоактивных веществ на поверхности земного шара» [РГАНИ, Ф. 3. Оп. 21. Д. 9. Л. 70]. Спустя 10 дней Жолио-Кюри направил развернутое письмо, в котором более подробно описал опасности радиоактивного заражения: «Люди прямо и косвенно подвержены излучениям, вредное влияние которых еще невозможно точно установить. Даже если прямое излучение меньше дозы, которая считается в настоящее время допустимой, известно, что радиоактивные элементы, которые способны концентрироваться в идущих в пищу растениях, животных и рыбах, могут давать гораздо более сильное и опасное излучение. Таким образом, подверженные длительное время влиянию этих излучений люди станут жертвой генетических нарушений, которые будут приносить горе, страдание и смерть в течение многих поколений» [РГАНИ, Ф. 3. Оп. 21. Д. 9. Л. 71]. О заражении воздуха, воды и продуктов питания «в такой степени, которая угрожает самому существованию человечества» писали в своем открытом письме представители Рабочего комитета борьбы против атомной смерти ФРГ в марте 1957 г. [РГАНИ, Ф. 3. Оп. 21. Д. 28. Л. 83], а в подписанной 27 октября того же года ведущими немецкими физиками-ядерщиками Оснабрюкской резолюции уже в первом абзаце объявлялось, что «народы знают, что атомное оружие угрожает здоровью и существованию всех людей; они знают также [и о том], что многочисленные испытательные атомные взрывы являются большой опасностью для здоровья [людей]... [эти народы осознают, что] интересы существования человечества являются первостепенными по сравнению с любыми национальными и идеологическими интересами» [РГАНИ, Ф. 3. Оп. 21. Д. 27. Л. 14].

В письмах поднимались основные проблемы здоровья людей, связанные с продолжающимися испытаниями ядерного оружия. Так, в письме председателя Комитета американских друзей на службе общества Г. Кэдбэри от 23 июля 1957 г. отмечалось, что «всякое продолжение испытаний бомб вызовет болезни, физическое уродство, смерть... [это] затронет будущее самого человека в той степени, в которой ядерная радиация может влиять на наследственность» [РГАНИ, Ф. 3. Оп. 21. Д. 26. Л. 101]. Об опасности заболевания лейкозом и раком костей, особенно в детском возрасте, было сказано в меморандуме Всемирной федерации научных работников в августе 1959 г. [РГАНИ, Ф. 3. Оп. 21. Д. 29. Л. 123]. В этом же документе отмечалось, что радиация из изотопов цезия-137 и углерода-14 может привести к опасным мутациям, которые несут вред будущим поколениям, провоцируя такие заболевания, как диабет, гемофилия, врожденный идиотизм и др. [РГАНИ, Ф. 3. Оп. 21. Д. 29. Л. 124].

Обеспокоенность по поводу вредных радиоактивных выбросов проявляли не только

¹⁰ Об этом кризисе еще в декабре 1956 г. писал в ЦК КПСС в пространной записке И. Эренбург: «Кризис движения был очевиден в начале минувшего лета... Оно то выступало против какого бы то было вооружения Германии, то — после некоторых советских заявлений — признавало необходимость создания германской армии, то снова возвращалось к прежней позиции, или оно требовало встречи глав пяти держав, высказывалось против встречи четырех и опять-таки меняло свою позицию в зависимости от позиции советской дипломатии, или, наконец, в своей оценке перспектив атомной войны оно буквально следовало за нашими определениями» [РГАНИ, Ф. 3. Оп. 21. Д. 10. Л. 39].

мировые общественные организации и ученые, но и простые люди. Сохранилось несколько писем, рассмотренных Президиумом ЦК, в которых основной темой была проблема здоровья. Например, американские квакеры, жившие неподалеку от Сан-Франциско, жаловались в апреле 1958 г., что из-за выпадения радиоактивных осадков, заражению подверглись их основные продукты питания (овощи) [РГАНИ, Ф. 3. Оп. 21. Д. 27. Л. 120]. Чуть позднее, в сентябре 1958 г., обеспокоенность по поводу распространившихся случаев заболеваний лейкозом и раком костей выразил Комитет борьбы за запрещение атомной бомбы и за ядерное разоружение городов Абердин и Маунтин Эш [РГАНИ, Ф. 3. Оп. 21. Д. 28. Л. 118].

В письмах на имя ЦК и Н.С. Хрущева поднимались темы войны и проблемы распространения ядерного оружия. Иногда в них рисовались картины мира, уничтоженного ядерной войной. Пример такого описания имеет место в меморандуме Всемирной федерации научных работников: «Человечество не может больше продолжать балансировать на краю катастрофы, подвергаясь постоянной опасности, что какая-либо ошибка или несчастный случай может немедленно вызвать ядерную войну. Многие сотни миллионов людей погибли как от непосредственного воздействия ядерного оружия, так и от последующего выпадения ядерных осадков. Те же, кто уцелеет в такой войне, будут влачить жалкое существование в условиях страшной нищеты, голода и болезней. Серьезные генетические последствия, которые явятся результатом воздействия радиоактивных осадков, тяжело отразятся на будущих поколениях. Некоторые из генетиков сомневаются даже в том, сможет ли человечество вообще уцелеть в результате такой катастрофы» [РГАНИ, Ф. 3. Оп. 21. Д. 29. Л. 122].

Стремительное развитие технологий и науки еще в середине XX в. актуализировало развитие исследовательской этики или ответственности ученых, задействованных в формировании тех направлений, которые оказывают глобальное и трудно прогнозируемое влияние на многие поколения вперед¹¹. В письмах зарубежных корреспондентов часто поднимался вопрос о создании коллективного договора, ограничивающего испытания и вообще использование атомного оружия. Впервые о необходимости такого соглашения писал Б. Рассел, обращаясь к Д. Эйзенхауэру и Н.С. Хрущеву, предлагая им встретиться и «обсудить условия сосуществования, не пытаясь больше добиваться того или иного более-менее скрытого преимущества для своей собственной стороны, а чтобы... постараться добиться таких соглашений и такой перестройки в мире, которые уменьшили бы будущие поводы для борьбы» [РГАНИ, Ф. 3. Оп. 21. Д. 26. Л. 184]. Многие общественные организации также предлагали если не подписание коллективного соглашения, то хотя бы создание безатомных зон. Гораздо реже в письмах встречаются предложения о мирном использовании атомной энергии. Так, японский микробиолог С. Кейсин, обращаясь к Н.А. Булганину и Н.С. Хрущеву, заявлял, что нужно молиться о том, чтобы «атомная цивилизация послужила бы не истреблению человечества на всем земном шаре, а стала бы одной из ступеней к процветанию и его истинному счастью» [РГАНИ, Ф. 3. Оп. 21. Д. 26. Л. 16]. В этих же письмах имели место общегуманистические идеи запрета ядерных испытаний и/или оружия. Например, в одном из них, составленном от имени трехсот деятелей английской культуры, заявлялось об опасностях ядерной войны именно в духовной сфере такими словами: «Вопрос заключается не в том, чтобы противопоставлять материальные опасности духовному спасению, ибо существует угроза такого же полного и нравственного уничтожения, каким было физическое уничтожение, имевшее место в Хиросиме» [РГАНИ, Ф. 3. Оп. 21. Д. 28. Л. 111].

Ответы коммунистических руководителей на письма иностранных граждан и обществен-

¹¹ Эти дискуссии развиваются и в настоящее время в рамках международного диалога на площадках ООН, Всемирной организации здравоохранения и других структур.

ных организаций были, как правило, однотипны. Общей чертой, повторяющейся во всех посланиях, исходивших за подписью Н.А. Булганина, Н.С. Хрущева, А.А. Громыко, советских дипломатов, руководства ВЦСПС, АН СССР и др., было, с одной стороны, стремление доказать адресатам миролюбивость советской политики, приверженность к ее идеям разрядки, а с другой — обвинить США, Великобританию, а с 1961 г. и Францию в попытках срыва миротворческого процесса (что, в частности, выражалось в отказе от переговоров, в продолжающихся или возобновившихся ядерных испытаниях, вводе на вооружение новых видов боеголовок, развязывании новых вооруженных конфликтов и т. д.). «От них и только от них теперь зависит решение этого вопроса, глубоко волнующего все народы», — неоднократно повторялось в советских письмах [РГАНИ, Ф. 3. Оп. 21. Д. 27. Л. 115].

Несмотря на схожесть обсуждаемых вопросов, можно выделить определенный круг тем, затрагиваемых в письмах советских вождей. Безусловно, главной из них была тема запрета испытания ядерного оружия. Впервые об этом заявил Н.А. Булганин в письме Японскому комитету мира в августе 1956 г. Советский премьер выступал за «безотлагательное полное или хотя бы на известный срок прекращение испытаний атомного и водородного оружия» [РГАНИ, Ф. 3. Оп. 21. Д. 25. Л. 138]. В июне 1957 г. Президиум ЦК утвердил текст ответного письма председателю социалистической группы консультативной ассамблеи Европейского совета Эдвардсу о том, что СССР готов «в любое время подписать соглашение о безотлагательном и полном прекращении испытаний на неопределенный срок» [РГАНИ, Ф. 3. Оп. 21. Д. 26. Л. 2]. Впрочем, в том же месяце в письме англиканскому священнику Дж. Уотерсу Н.С. Хрущев предлагал ввести пятилетний мораторий на проведение атомных испытаний, заочно отвечая на предложения администрации Эйзенхауэра ввести запрет на один год: «Хорошо известно, что годичный срок, примерно такой срок, который требуется для подготовки к очередным испытаниям. Заявлять, следовательно, о приостановке испытания на один год после проведения серии интенсивных испытаний — это все равно, что, плотно позавтракав, объявить голодовку до обеда» [РГАНИ, Ф. 3. Оп. 21. Д. 29. Л. 26]. Уже в феврале 1959 г. в письме на имя Европейской федерации против атомного оружия Н.С. Хрущев предлагал уменьшить мораторий до 4 лет [РГАНИ, Ф. 3. Оп. 21. Д. 30. Л. 40], а в июне того же года председатель Совета Министров СССР в письме ассоциации бывших участников движения Сопротивления во Франции предлагал «прекратить на вечные времена испытания атомного и водородного оружия» [РГАНИ, Ф. 3. Оп. 21. Д. 29. Л. 84]. Таким образом, единой позиции по срокам прекращения испытаний в ЦК КПСС не было.

Заметим, что советское руководство в лице Н.С. Хрущева активно пропагандировало идею глобального договора о ядерной безопасности. Впервые такие идеи советский лидер озвучил во втором письме Б. Расселу, которое не только стало своеобразным полемическим ответом госсекретарю США А. Даллесу, но и призывало к диалогу двух государств: «Не пора ли одуматься, закончить словесную дуэль, ликвидировать холодную войну, начатую немилосердными народами, и перейти к конкретным переговорам, чтобы в деловой обстановке шаг за шагом продвигаться по пути решения назревших международных проблем, в т. ч. и проблем разоружения. А для этого нет необходимости отказываться либо Советскому Союзу, либо Соединенным Штатам Америки от своей идеологии» [РГАНИ, Ф. 3. Оп. 21. Д. 27. Л. 86]. В июле того же года Н.С. Хрущев предложил Жолио-Кюри создать Международный комитет или комиссию по ликвидации холодной войны [РГАНИ, Ф. 3. Оп. 21. Д. 11. Л. 57]. О необходимости переговорного процесса объявлял Н.С. Хрущев в письме Английскому комитету защиты мира в январе 1959 г.: «Если не помышлять о войне, то от переговоров никуда не уйти. В условиях мирного сосуществования, альтернативой которого может быть только всемирная война, переговоры между государствами становятся неизбежными» [РГАНИ, Ф. 3. Оп. 21. Д. 29. Л. 40]. Важно также и то, что призывая к переговорному процессу, Н.С. Хрущев руководствовался Уставом ООН

как правовой нормой, регулирующей международные споры [РГАНИ, Ф. 3. Оп. 21. Д. 29. Л. 40].

Общим рефреном во всей корреспонденции с советской стороны звучали общегуманистические идеи. Отвечая на письмо трехсот деятелей английской культуры об опасностях атомной войны, Н.С. Хрущев писал: «Читая проникнутые нескрываемой тревогой строки вашего письма, лишний раз убеждаешься в том, что люди разных профессий и убеждений не только глубоко осознают нависшую над миром угрозу ядерной войны, но и все более решительно выступают в защиту мира. Не трудно понять, что для людей труда, создающих материальные и духовные ценности, само слово “война”, означающее смерть и разрушение, звучит антитезой всей их сознательной деятельности... Человек живет и создает не для того, чтобы по злой воле ослепленных нетерпимостью и ненавистью политиков или ошибок военных уносить человеческие жизни и разрушать плоды их мысли и труда» [РГАНИ, Ф. 3. Оп. 21. Д. 28. Л. 104]. В августе 1960 г., приветствуя участников VI токийской конференции, Хрущев сообщал, что «правительство Советского Союза ставит превыше всего заботу о благе человека» [РГАНИ, Ф. 3. Оп. 21. Д. 30. Л. 129]. Гораздо реже в письмах просматривается идея использования атомной энергии в мирных целях. В ответном письме руководству Бретвудского отделения организации «Движение за ядерное разоружение» в августе 1958 г. Н.С. Хрущев написал, что после запрещения испытаний «освобожденная гением человека атомная энергия стала бы полностью служить делу мира» [РГАНИ, Ф. 3. Оп. 21. Д. 28. Л. 74]. Имеются лишь единичные случаи, когда советское руководство обращало внимание на проблемы здоровья, связанные с ядерными испытаниями. Так, в директивных указаниях советской делегации на Международной конференции ученых против атомной опасности в сентябре 1958 г. в Вене было написано, что «повышая радиоактивное заражение атмосферы, почвы и воды, увеличивается число тяжелых заболеваний человеческого организма, особенно в детском возрасте, число уродств в будущих поколениях людей» [РГАНИ, Ф. 3. Оп. 21. Д. 28. Л. 113]. О здоровье людей упомянул Хрущев в письме священнику Дж. Коллинзу: «Настало время навсегда покончить с таким положением, когда из-за продолжающихся по сей день испытаний ядерного оружия здоровье и жизнь людей в мирное время подвергаются постоянной и все возрастающей опасности».

Примечательно, что переписка советского руководства шла только с иностранными гражданами, советские люди в этом не участвовали. Руководитель Твикенхэмского совета по запрещению ядерного оружия даже спрашивал у Хрущева: «Имеют ли народы Советского Союза такую же возможность протестовать против гонки ядерных вооружений, и, в частности, высказывается ли вашим народом требование об одностороннем прекращении Советским Союзом ядерных испытаний» [РГАНИ, Ф. 3. Оп. 21. Д. 27. Л. 46].

Сохранилось лишь небольшое количество писем, непосредственно рассмотренных членами Президиума ЦК КПСС. Одно из них — коллективное письмо жителей г. Бежецка, которые предлагали передать все атомное оружие Советского Союза Америке, «чтобы она им подавилась». «Народы всего мира не видят покоя вот уже 21 год. Постоянное нервное напряжение отражается на здоровье всего населения, в т. ч. и на цветах нашей жизни — детях. Сколько времени капиталисты и социалисты будут соревноваться в совершенствовании атомного оружия, угрожающего всему миру? Такое соревнование, особенно с подзадориванием, не может кончиться благополучно. Поэтому народ требует от вас положить, наконец, конец игре с огнем и смертью», — считали жители г. Бежецка [РГАНИ, Ф. 3. Оп. 21. Д. 33. Л. 5]. Другое коллективное письмо представляет собой обращение учителей Алтайского края, впервые поднявших проблему влияния ядерных испытаний на здоровье людей, в котором упоминалось о смерти жительницы Алтая от контакта с ядерными отходами [РГАНИ, Ф. 3. Оп. 21. Д. 33. Л. 45]. В целом же такая ядерная пропаганда была рассчитана на внешнего читателя, являясь важной частью мирового диалога о глобальной безопасности, что никоим

образом не было связано с ведением аналогичного диалога внутри страны и/или активизацией гражданского участия в нем.

Москва наряду с пропагандой своей позиции по ядерной проблематике предпринимала и определенные шаги. 10 мая Верховный Совет СССР обратился к Конгрессу США и Парламенту Великобритании с предложением о подписании соглашения о запрете ядерных испытаний. 31 марта 1958 г. советское руководство пошло на беспрецедентный шаг: Верховный Совет СССР принял постановление об одностороннем прекращении СССР испытаний атомного и водородного оружия. И хотя такое решение было принято после проведенной Советским Союзом серии мощных испытаний на территории Сибири и Казахстана, оно оказало довольно сильное воздействие на мировую общественность. В связи с этим в августе 1958 г. США даже предложили созвать конференцию трех держав по вопросу о запрещении испытаний ядерного оружия на 1 год.

Однако уже с 1960 г. интонации советского руководства постепенно меняются. После инцидента с пилотом Ф. Пауэрсом и срыва саммита четырех в мае 1960 г. в Париже [Иноземцев Н.Н., 1982, с. 318–319] вновь в советских письмах появляются милитаристские нотки. Отвечая священнику Коллинзу о срыве миротворческого диалога, Хрущев заявил: «Агрессивное вторжение американских самолетов в воздушное пространство СССР в канун созыва совещания в верхах и наглое провозглашение подобных полетов государственной политикой США были сознательной провокацией, рассчитанной на создание таких условий, при которых совещание в верхах было бы невозможно»¹² [РГАНИ, Ф. 3. Оп. 21. Д. 30. Л. 81]. Сорвались и Женевские переговоры, которые велись уже несколько лет. Причиной этого стали разногласия по деятельности контрольных комиссий, ответственных за распространение ядерного оружия. Великобритания и США добивались того, чтобы члены контрольных комиссий могли беспрепятственно разъезжать по территории СССР, тогда как Москва увидела в этом требование легализации разведки. С 1961 г. символы милитаризма в языке советских руководителей усиливаются. Так, отвечая Л. Поллингу, Н.С. Хрущев заметил, что человечество «близко к грани новой военной катастрофы» [РГАНИ, Ф. 3. Оп. 21. Д. 31. Л. 121], а срыв мирных переговоров объявил «выкачиванием пушек на позиции» [РГАНИ, Ф. 3. Оп. 21. Д. 31. Л. 122]. 31 августа 1961 г. Верховный Совет СССР принял указ о возобновлении ядерных испытаний. В его тексте объяснялось, что это связано с реакцией на соответствующие шаги западных держав: «Чтобы отбить у агрессора охоту к преступной игре с огнем, нужно, чтобы он знал и видел, что в мире есть сила, готовая во всеоружии отразить любое попятное движение на независимость и безопасность миролюбивых государств, и что оружие возмездия достигнет агрессора в его собственном логове» [РГАНИ, Ф. 3. Оп. 21. Д. 31. Л. 104].

С конца 1961 г. на смену антиядерной риторике приходит идея всеобщего мирового разоружения. Этому направлению был посвящен проходивший в июне 1962 г. в Москве Всемирный конгресс за всеобщее разоружение и мир. Однако на фоне втягивания двух держав в Карибский кризис советское руководство начало выражать некоторую обеспокоенность, подавая дипломатические сигналы. Так, в письме председателю компартии Японии С. Носаку в июле 1962 г. Хрущев заявлял, что советское правительство готово договориться «о прекращении испытаний ядерного оружия и отдельно, не ожидая, пока будет достигнуто соглашение о всеобщем и полном разоружении» [РГАНИ, Ф. 3. Оп. 21. Д. 33. Л. 30]. Однако уже с августа 1962 г. диалог прерывается, а мир скатывается в пучину Кубинского ракетного кризиса.

После смерти И.В. Сталина и XX съезда КПСС советское руководство осознало беспер-

¹² Впрочем, это еще довольно сдержанная и весьма отретушированная реакция советского руководителя. Об откровенных фразах Н.С. Хрущева в советском посольстве в Париже см.: Таубман У., 2008, с. 506.

спективность вооруженного противостояния с капиталистическим миром и объявило о необходимости формирования международного диалога, в т. ч. по вопросам глобальной этики и ядерной безопасности. Смена дискурса советского руководства во многом объяснялась изменившейся международной повесткой. Мировая общественность к середине 1950-х годов благодаря распространению информации осознала негативные последствия испытаний ядерного оружия как для здоровья человека, так и для окружающей среды.

Можно сделать вывод, что переписка между советским руководством и мировой общественностью стала одним из важнейших инструментов формирования диалога о глобальной биобезопасности. В период «дипломатии писем» мы наблюдаем расцвет самых разных идей и проектов, затрагивающих проблемы денуклеаризации и этики международного договора. Ее анализ показывает, что если для мировой общественности (от Б. Рассела до простых американских квакеров) в центре внимания были проблемы человека, то для советского руководства личность оказалась на периферии; главное внимание оно уделяло всемирному разоружению, запрету ядерного оружия.

Открытым остается вопрос о том, насколько советское руководство было искренним в своих посланиях миру о мире. Пропагандируя всеобщее разоружение и полное уничтожение ядерных запасов, Москва одновременно наращивала свой ядерный потенциал и испытывала новые виды оружия массового уничтожения. Однако следует признать, что период «дипломатии писем» стал важным шагом на пути к выработке глобального диалога о мировой ядерной биобезопасности. Такой международный диалог позволил перейти к новому этапу, завершившемуся, с одной стороны, официальным подписанием договоров в рамках ОСВ и СНП, а с другой — появлением новых международных организаций¹³, объединивших мировую общественность в поиске подходов к решению вопросов, связанных с глобальной биобезопасностью в 1980-е годы.¹⁴

БИБЛИОГРАФИЯ

Велембовская Ю.А. Бертран Рассел. Ученый в борьбе против атомной угрозы // Новая и новейшая история. — 1999. — № 6. — С. 81–109.

Егорова Н.И. «Народная дипломатия» ядерного века: Движение сторонников мира и проблема разоружения, 1955–1965 годы. — М.: Аквилон, 2016. — 320 с.

Егорова Н.И. Вклад Движения сторонников мира в антиядерные кампании середины 1950-х — начала 1960-х гг. // Электронный научно-образовательный журнал «История». — <https://history.jes.su/s207987840000987-4-1/> (февраль, 2021).

Егорова Н.И. Влияние движения сторонников мира на политику ядерного

¹³ В числе таковых «Врачи мира за предотвращение ядерной войны» и др.

¹⁴ Как очевидно, современные государства и сейчас ищут общие подходы. И здесь на месте ядерного оружия возникают такие многокомпонентные вызовы, как, например, идея о том, что отдельные технологии, разрешенные в сельском хозяйстве, промышленности и медицине, могут быть использованы для создания новых видов биологического оружия (производство которого с каждым годом может становиться дешевле). Предлагают они и новые инициативы, в числе которых, например, инициатива «Один мир, одно здоровье», предложенная Всемирной организацией здравоохранения (когда речь идет об угрозе растущей урбанизации, возникновении новых болезней, распространении эпидемий в новых неожиданных локациях). Все это нуждается как в поиске путей и выработке этики мирового диалога, так и в изучении и привлечении опыта прошлого, учета его ошибок и просчетов в реализации социальных и культурных проектов в области конструирования этики глобальной безопасности сегодня.

разоружения. 1950–1960-е годы // Новая и новейшая история. — 2015. — № 6. — С. 70–85.

Липкин М.А. Советский Союз и интеграционные процессы в Европе: середина 1940-х — конец 1960-х годов. — М., 2016. — 560 с.

Мир и разоружение. Научные исследования / Под ред. Н.Н. Иноземцева. — М., 1982. — 519 с.

Новик Ф.И. «Оттепель» и инерция холодной войны (германская политика СССР в 1953–1955 гг.). — М., 2001. — 276 с.

Робертс Дж. Шанс для мира? Советская кампания в пользу завершения «холодной войны». 1953–1955 годы // Новая и новейшая история. — 2008. — № 6. — С. 35–75.

Российский государственный архив новейшей истории (РГАНИ).

Тарле Г.Я. Движение сторонников мира в СССР. — М., 1988. — 235 с.

Тaubman У. Хрущев. — М., 2008. — 850 с.

Хайцман В.М. Советский Союз. Разоружение. Мир. События и факты, 1917–1962. — М., 1962. — 158 с.

Харахардин О.С. Сорок лет против третьей мировой... Общественность и проблемы войны и мира (прежде и теперь). — М., 2002. — 274 с.

Шок Н.П., Пивоваров Н.Ю. «За мир во всем мире»: гуманизм и этика глобальной безопасности в ракурсе идеологической политики советского руководства (1956–1962 гг.) // Диалог со временем. — 2019. — № 68. — С. 340–355.

Berns K.I. Review of Grand Challenges for Biosafety and Biosecurity, by Segaran P. Pillai. // Frontiers in Bioengineering and Biotechnology. — 2014. — Vol. 2.

Gostin L.O. Public Health Emergency Preparedness: Globalizing Risk, Localizing Threats // JAMA. — 2018. — Vol. 320(17). — P. 1743–1744.

Gursky E., Inglesby T.V., O'Toole T. Anthrax 2001: observations on the medical and public health response // Biosecurity and Bioterrorism. — 2003. — Vol. 1. — P. 97–110.

Kramer M. The Early Post-Stalin Succession Struggle and Upheavals in East-Central Europe // Journal of Cold War Studies. — 1999. — Vol. 1. — P. 12–30.

Larson D.W. Anatomy of Mistrust: US-Soviet Relations during the Cold War. — Ithaca, 1997. Nordmann B.D. Issues in Biosecurity and Biosafety. International Journal of Antimicrobial Agents // Global Trends of Emerging Zoonotic Diseases. — 2010. — Vol. 36. — P. 66–69.

World Health Organization. Biosafety and Laboratory Biosecurity. — <http://www.who.int/ihr/biosafety/background/en/> (февраль, 2021).

История отношений России и Китая может быть охарактеризована как долгий и сложный путь. Активизация научного и гуманитарного диалога в настоящее время указывает на возрастающий научный интерес к историческому прошлому сотрудничества двух стран.

В отечественной историографии исследованиям коллаборации в области медицины и здравоохранения между СССР и КНР уделено немного внимания. В основном это работы советских авторов, в центре внимания которых были экономические, военные, политические аспекты взаимодействия двух стран, а также идеологическая составляющая.

В зарубежной историографии исследования [Hinrichs J., Barnes L.L., 2013; Lei S.H.-L., 2014; Li L., Jiang Q., 2019], посвященные феномену китайской медицины и различным аспектам здравоохранения, начались еще в 1970-е годы [Lampton D.M., 1973]. Во многом это было связано с шумевшей статьей в газете «The New York Times», которая была опубликована корреспондентом Дж. Рестоном накануне важнейшего в истории международных отношений визита президента США Р. Никсона в 1972 г. в Пекин, где он рассказал о своем опыте знакомства с китайской медициной (ему делали операцию по удалению аппендикса) [Reston J., 1971]. Особенностью этого материала было то, что журналист подробно описал обстоятельства операции, во время которой анестезия ему была проведена с помощью акупунктуры. Иглоукалывание впоследствии стало невероятно популярным в США. Любопытно, что советские медики уже были хорошо знакомы с этим методом, т. к. серьезное научное сотрудничество было начато в 1950-е годы. Более того, как будет продемонстрировано далее, по итогам поездок советских врачей в СССР сложились школы иглорефлексотерапии, а отдельные методы традиционной китайской медицины вошли в практику советского здравоохранения.

Примечателен факт, что по данным отчета Всемирного банка, к концу 1970-х годов Китай стал страной с самой всеобъемлющей системой медицинской помощи. В отчете это событие было отмечено как «революция в области здравоохранения». Система китайского здравоохранения смогла решить вопрос первичной медико-санитарной помощи для сельских жителей, составлявших на тот момент 80 % от общей численности населения страны, при 20 % общих расходов на здравоохранение. Таким образом, благодаря «китайскому чуду» была достигнута «наибольшая польза для здоровья при минимальных инвестициях». Как отмечают в своей книге американские исследователи J.G. Cullis и P.A. West [Cullis J.G., West P.A., 1979], правительство Китая отдавало приоритет профилактике, базовым медицинским услугам и недорогому продвижению технологий здравоохранения. Тем не менее Всемирная организация здравоохранения в 1983 г. провела Форум совместных медицинских услуг, где Китай был выбран в качестве модели «отсталой страны, достигающей уровня здравоохранения, в частности, в наиболее развитых странах» [Jamison D.T. et al., 1984]. В рамках подобных фактов нам представляется важным попытаться исследовать период активного взаимодействия в области медицины и здравоохранения между СССР и КНР, чтобы определить роль советских врачей в формировании этих достижений, а также с целью восполнить впоследствии пробел, существующий в зарубежной историографии, где практически не упоминается участие СССР в развитии медицины КНР [Yang P.-L. et al., 1991]. Настоящая статья является частью большой исследовательской работы, призванной реконструировать этот аспект социальной истории медицины.

Целью данной работы является, прежде всего, восстановление достоверной картины истории советской медицины в части международного сотрудничества на примере исследования научного взаимодействия (командировок) советских врачей и специалистов, организованных Министерством здравоохранения СССР в 1950-е — первой половине 1960-х годов в КНР. Существенным дополнением стало введение в научный оборот новых фактов, касающихся развития двусторонних советско-китайских отношений в области медицины и здравоохранения, а также формирование новых подходов с позиции истории науки к его исследованию.

Изучение периферийных пространств, имеющих экономическую, культурную, стратегическую и политическую формы, важно для исторически достоверной реконструкции определения интересов Советского Союза на Востоке, а также историко-научных экспликаций в области медицины [Приходько Н.Н., 2007; Кобылин И.И., 2017b]. Актуальность темы усиливается как собственно научными, так и общественно-политическими факторами возрастающей интенсивности сотрудничества между Россией и КНР в настоящее время.

Новизна работы определяется, во-первых, новым прочтением и интерпретацией исторических фактов, имеющих непосредственное отношение к исследуемой теме с точки зрения научно-политического и историко-научного контекстов. Во-вторых, предпринимается попытка определения хронологических рамок наиболее активного сотрудничества в области медицины и здравоохранения между СССР и КНР с целью установить значимые этапы развития истории медицины советского периода в ракурсе международного взаимодействия. В-третьих, на основании впервые введенных в научный оборот отечественных архивных материалов удалось типологизировать и систематизировать поездки советских врачей в КНР в рассматриваемый период, принимая во внимание цели, особенности содержательной части и обратный результат поездок. Значимым фактором возможности взаимодействия в рамках международного взаимодействия врачей СССР и КНР выступала общность ценностей, основанных на категориях социалистической морали, являвшейся важным компонентом медицинской этики врачей обеих стран на данном историческом этапе. Масштабы, динамика и результаты организованных командировок были установлены с помощью метода контент-анализа на основании данных отечественных государственных архивов. В-четвертых, анализ отчетов о командировках позволил впервые взглянуть на исследуемую проблему путем изучения материалов, составленных врачами — непосредственными участниками диалога.

Данный хронологический отрезок характеризуется несколькими значимыми для истории сотрудничества КНР и СССР моментами.

Во-первых, середина десятилетия стала для СССР переломной в политическом аспекте. Новая политика в духе «оттепели» представляла собой смену идеологической парадигмы, что давало надежду на расширение научного, технического, культурного сотрудничества СССР с другими странами. Советские специалисты получили возможность общаться с зарубежными коллегами в рамках рабочих поездок. Такая форма, как командировки, безусловно, была важнейшей частью научного сотрудничества. В отношении медицины это позволило подойти точнее к решению многих вопросов, в частности, через общение по различным направлениям научной и клинической медицины, реализовать сотрудничество в области организации здравоохранения, усовершенствования системы высшего (медицинского) образования.

Во-вторых, внутрисоветская обстановка в Китае после окончания крестьянской войны (1927–1949) и завершения аграрной реформы (1952), а также новое правительство указывали на выбор социалистического курса пути развития. Таким образом, доминирующая политическая сила сформированной 1 октября 1949 г. Китайской Народной Республики взяла курс не просто на сотрудничество с Советским Союзом, а на интенсивное заимствование технологий от социалистического союзника.

Началом социалистического строительства в КНР считается первый пятилетний план промышленного развития (1953–1957). Значительную помощь поставками техники, предоставлением кредитов под низкие проценты, направлением отечественных специалистов различных профилей китайскому народу в выполнении этого плана оказывал именно СССР [Сладковский М.И., 1957]. Китайская сторона демонстрировала готовность к диалогу: это была «модель для решения проблемы фондов здравоохранения в развивающихся странах», «китайский режим», в котором вводили практику в различные учебные заведения, в клиники, на предприятия. Делегации КНР планомерно налаживали контакты в научной и технической сферах, в т.ч. в области медицины, проявляя активность, открытость и готовность к сотрудничеству.

В-третьих, СССР в первое десятилетие «холодной войны» строил свою внешнюю политику с расчетом на сотрудничество с Китаем, нуждаясь в надежном союзнике в Азиатско-Тихоокеанском регионе. Поэтому на данном историческом этапе мы наблюдаем пик взаимной заинтересованности, стремления к сотрудничеству со стороны и СССР, и КНР. Важно подчеркнуть, что это был период, когда обеими сторонами была осознана необходимость и возможность диалога именно в самых разных сферах. Так, в общий контекст геополитических и идеологических интересов была интегрирована и научная сфера, составной частью которой были медицина и здравоохранение.

Историография вопроса

Основной источниковедческой базой работы служат материалы фонда Государственного архива Российской Федерации (ГАРФ) Управления внешних сношений Министерства здравоохранения СССР [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34], Общесоюзного бюро заграничной санитарной информации (группа по международным и санитарным конвенциям) [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 10], Совета Министров СССР [ГАРФ, Ф. 5446. Оп. 86а], фонда Российского государственного архива экономики (РГАЭ) Управления по делам научно-технического сотрудничества Государственного комитета Совета министров СССР по науке и технике [РГАЭ, Ф. 9493. Оп. 1], фонд Российского государственного архива новейшей истории (РГАНИ) аппарата ЦК КПСС [РГАНИ, Ф. 5. Оп. 35].

Кроме того, существенным дополнением к реконструкции содержательной части командировок, их целей и итогов, последствий являются материалы местных архивов, в данном случае — Центрального архива Нижегородской области (ЦАНО), которые помогли восполнить пробелы содержательных компонентов пребывания советских врачей за границей. Работа с фондами Горьковского медицинского института им. С.М. Кирова [ЦАНО, Ф. 2533. Оп. 3, За] позволила внести важные дополнения в исследование программы одной из основных командировок врачей в КНР (1954–1956). Материалы личного фонда Учебно-исторического центра Приволжского исследовательского медицинского университета (ПИМУ) одного из руководителей делегаций советских врачей Горьковского медицинского института им. С.М. Кирова профессора В.Г. Вогралика [ПИМУ, Ф. 79. Оп. 3] позволили установить направления обратного влияния китайской медицины на клиническую практику и развитие отечественной школы иглорефлексотерапии. Использованные архивные материалы представляют собой преимущественно отчеты о командировках советских ученых в КНР в рассматриваемый период, с помощью которых можно выстроить их классификацию, а также исследовать особенности каждой из поездок в контексте советско-китайских отношений. Отчеты дают материал не только о фактически проделанной работе советских врачей и специалистов, но и информацию о состоянии медицины и здравоохранения в Китае. Подобные архивные материалы интересны как исторический нарратив, наполненный личностным восприятием врача — участника делегации. Таким образом, это позволяет исследователю более тщательно рассматривать и упорядочить исторические факты, учитывая информацию о социокультурном контексте научных поездок,

восстановленном по материалам отчетов, являющихся не только ценным источником истории науки, но и предоставляющим значимые данные для истории повседневности, позволяющие также делать некоторые историко-антропологические выводы.

Помимо официально поданных отчетов в Минздрав СССР или заслушанных на заседаниях ученых советов вузов и научных институтов некоторые врачи оставили после командировок историко-медицинские очерки [Вогралик В.Г., 1959а, 1959б], научные работы [Русецкий И.И., 1959; Тыкочинская Э.Д., 1960; Русецкий И.И., Терегунов А.Х., 1962; Тыкочинская Э.Д., 1979], выступления, в которых переосмыслили полученные сведения о китайской народной медицине, образе жизни населения. Изученные документы помогли восстановить многие детали политики СССР в КНР в области здравоохранения и раскрыть ее значимые компоненты в рассматриваемый период.

В советской и современной отечественной историографии есть немало исторических трудов обобщающего характера, посвященных как новейшей истории Китая [Ефимов Г.В., 1951; Капица М.С., 1969; Непомнин О.Е., 2011], так и внешнеполитическим проблемам СССР в XX в., где немаловажную роль играет анализ взаимоотношений со странами Азии и Африки. Интересующий нас вопрос наиболее комплексно изложен в фундаментальной работе историка-востоковеда О.Е. Непомнина [Непомнин О.Е., 2011], проследившего политические, социокультурные процессы, протекавшие в КНР в рассматриваемый период. Он детально проанализировал экономические преобразования в Китае после гражданской войны (1927–1949), а также отметил предпосылки активизации сотрудничества КНР с Советским Союзом. Несмотря на внимание О.Е. Непомнина к преимущественно экономическим основам взаимоотношений стран, исследование представляет и геополитическую оценку данного процесса. Некоторые историки указывают на актуальность подписанных договоров между СССР и КНР, которые после Второй мировой войны положили начало периоду политического, военного, экономического, дипломатического сотрудничества между странами. На их основе строились двухсторонние отношения вплоть до конца 1960-х годов [Капица М.С., 1958; Гельбрас В.Г., 1980; Островский А.В., 2012].

В последнее десятилетие стали выходить работы, непосредственно касающиеся сотрудничества Китая и СССР на разных исторических этапах [Гельбрас В.Г., 1991; Воскресенский А.Д., 1999; Ларин А.Г., 2003; Широкоград А.Б., 2004; Балакин В.С., Сяоин Лу, 2016; Беляков А.В., Матвейчев О.А., 2017; Волюнец А.Н., 2017] и по различным направлениям, например в сфере образования [Гусевская Н.Ю., Мамкина И.Н., 2017]. На фоне стремительного экономического подъема Китая тенденция изучения китайской экономики и советско-китайского сотрудничества в 1950-е годы стала наиболее отчетливой в современной отечественной историографии. Формы и содержание помощи советской стороны Китаю наиболее полно изложены в коллективной монографии «Участие СССР в реконструкции и строительстве “156 производственных объектов” в КНР в 1950-е годы. Новые факты и обстоятельства советско-китайского сотрудничества» [Мамаева Н.Л. и др., 2018]. Однако взаимоотношения в области здравоохранения в качестве предмета исследования, к сожалению, встречаются редко. В перечне работ, затрагивающих вклад российских врачей в медицину Китая в XX в., особое место занимает научное исследование П.Э. Ратманова [Ратманов П.Э., 2010], который воссоздает целостную картину деятельности российской медицины в Маньчжурии, Северном Китае и Шанхае, показывает положение российских врачей в Китае, условия их профессиональной деятельности. Большое значение в изучении истории политики СССР в КНР имеют опубликованные в разные годы записки и воспоминания как советских дипломатов, так и военных, работавших в Китае [Черепанов А.И., 1976; Чудодеев Ю.В., 1989; Ледовский А.М., 1990]. Отдельным направлением в структуре исторических работ, посвященных контактам СССР и КНР в сфере медицины и, в частности, результатам командировок советских специалистов, стали исследования, каса-

ющиеся экономического и технического сотрудничества двух стран [Сладковский М.И., 1953, 1978; Гордеев Н.В. и др., 1999; Турицын И.В., 2018].

В 2000-е годы стали появляться исследования, затрагивающие темы межличностных отношений лидеров стран [Галенович Ю.М., 2010а, 2010б, 2017]. Также публиковались исторические и философские работы, затрагивающие вопросы интеграции в медицинской сфере случаев частого внедрения каких-либо новых методов диагностики и лечения. Одним из масштабных примеров стало появление традиции иглорефлексотерапии в советской медицине в 1950-е годы, заимствованной из китайской медицины, включая различные концептуализации боли в китайской и западной традициях и попытки включить китайские медицинские практики в пространство западного медицинского опыта [Кобылин И.И., 2017а].

Зарубежная историография затрагивает вопросы исследуемой нами темы преимущественно косвенно. В основном представлен анализ особенностей советской политики, проводимой в КНР, в различных сферах экономики, политики, культуры, и лишь отдельные вопросы связаны с медициной или научным диалогом Академий наук СССР и КНР [Lowenhardt J., 1981; Lei S.H.-L., 2014]. История отношений двух держав зачастую рассматривалась в контексте азиатского вектора российской дипломатии, где здравоохранение могло выступать составной частью сотрудничества [Voskressenski A., 2004].

Таким образом, в исторических работах достаточно много внимания уделялось взаимоотношениям СССР и КНР [Федосов Е.А., 2017], однако вопрос о роли СССР в сфере становления медицинского образования и науки в КНР остается слабо разработанной предметной областью. В отдельных работах показано заимствование медицинских технологий Китаем, но одновременно с этим указывается на ценностно-смысловые различия, затрудняющие трансфер этоса советской медицины [Нагорных О.С., Шок Н.П., 2019]. Более того, отсутствуют работы, основанные на методологии историко-научного исследования в контексте взаимоотношений медицины между СССР и КНР. Научные командировки как важный сегмент международного сотрудничества, а также научной реконструкции тоже не представлены в отечественной историографии, посвященной истории советской медицины и здравоохранения.

Командировки советских врачей в КНР как составная часть научного сотрудничества между странами

В послевоенные годы командировки советских специалистов были не только частью организации науки внутри страны, но и помогали в формировании научных областей в принимающем государстве. Безусловно, такой вид контактов ученых, как командировки, всегда считался важной составной частью научного общения, взаимопомощи и полноценного сотрудничества между государствами в сфере технологий и совместного научного поиска [Гришина Н.В., 2018]. В связи с этим необходимо представить особенности командировок в 1950–1960-е годы.

Основываясь на данных архивных документов, а также местных периодических изданий и источников личного происхождения, попытаемся комплексно исследовать командировки, организованные Министерством здравоохранения СССР в 1950-е годы в КНР. В центре внимания будут цели, задачи, состав делегаций, содержательная часть отчетов командированных, как направленных в Управление внешних сношений Минздрава СССР, так и заслушанных на ученых советах вузов. В данный период состоялись командировки советских врачей и специалистов, результатом которых стали изменения и нововведения в обеих странах.

В послевоенное десятилетие Минздрав СССР расширил тематику и географию командировок советских специалистов в области медицинской науки и практики. Это были страны, поддерживающие социалистическую идеологию или дружественные данной системе, а также некоторые западные страны, например Франция и Великобритания.

Активизация и развитие научных связей СССР в 1950-е годы актуализировала развитие научно-технической политики государства. Так, 2 марта 1956 г. Президиум Академии наук издал постановление «О мерах по упорядочению международных научных связей Академии наук СССР и улучшению использования научных командировок». В п. 1 отмечалось: «Считать одной из основных задач, стоящих перед учреждениями и научными сотрудниками Академии наук, тщательное изучение положительного опыта зарубежных научных учреждений и отдельных ученых в различных областях науки» [РГАНИ, Ф. 5. Оп. 35. Д. 22. Л. 12]. Подобное постановление стало закономерным следствием начавшейся «оттепели» в общественно-политической жизни страны. Причем в нем отмечалась необходимость изучать передовой опыт зарубежных стран, а не только важность внедрения новых советских технологий, как это было часто в отношении социалистических государств, включая КНР.

Началом командирования советских врачей в Китай можно считать уже середину 1930-х годов, когда на территории преимущественно Северо-Западного Китая были организованы советские медицинские пункты и амбулатории при Генконсульствах СССР, в которых работали медики, оказывая помощь не только командированным советским гражданам, работавшим в советских хозяйственных учреждениях, и их семьям, но и, по необходимости, местному населению [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 10. Д. 29. Л. 22]. Похожая ситуация наблюдается в период Второй мировой войны, когда в течение 1940-х годов осуществлялось командирование не только гражданских, но и военных врачей. Безусловно, такой тип командировок не относился к научным, но это было начало медицинского сотрудничества между двумя странами.

Максимально часто командировки советских медицинских и технических специалистов в КНР с широким спектром целей государственного характера осуществлялись в 1950-е годы. В ходе архивной работы удалось установить, что отдельные поездки медицинских специалистов были организованы в середине 1960-х годов, уже после разрыва дипломатических отношений между странами.

Исторической вехой, определяющей новый формат взаимоотношений между двумя странами, стало подписание 27 марта 1950 г. в Москве «Китайско-советского соглашения об условиях работы советских специалистов в Китае», в соответствии с которым советская сторона брала обязательства отбирать и направлять в Китай специалистов и советников различных квалификационных направлений с учетом требований китайской стороны. В 1954 г. было подписано соглашение о культурном сотрудничестве и технической помощи между Советским Союзом и Китаем. В соответствии с этим соглашением с 1954 г. значительно увеличилась экономическая помощь со стороны Советского Союза, а также выросло число специалистов, направляемых в Китай.

Цели этих поездок можно систематизировать следующим образом: осуществление диспансеризации высшего командного и военного состава КНР, внедрение новых медицинских технологий в клиническую практику китайских больниц, организация обучения китайских врачей, помощь в осуществлении клинических разборов пациентов, проведение научно-исследовательских конференций, помощь в организации системы высшего медицинского образования и науки.

С точки зрения задач историко-научного исследования считается важным разделять командировки советских врачей-клиницистов, организованные Министерством здравоохранения СССР преимущественно в больницы и медицинские учебные заведения в крупных городах КНР, и регулярные поездки технических специалистов, фармацевтов, организаторов здравоохранения. Таким образом, исходя из историографического анализа архивных материалов, можно привести определенную типологизацию поездок в рассматриваемый период: командировки врачей-клиницистов для осуществления поставленных Минздравом СССР задач, научные

командировки, стажировки в целях получения дополнительных знаний, поездки технических специалистов для строительства инфраструктурных объектов.

Следует также отметить отличительные черты и особенности командировок указанного периода. Во-первых, пик командировок пришелся на середину — конец 1950-х годов, что было связано с окончательным оформлением договоров о сотрудничестве (включая сотрудничество в техническом направлении) между странами. Во-вторых, хронологический период командировок был продлен вплоть до 1966–1967 гг. вопреки официальному разрыву дипломатических отношений между странами в условиях начавшегося отзыва советских специалистов, несмотря на то что характер общения между китайскими и советскими врачами все же изменился в сторону напряженности. В-третьих, советские врачи, находясь в Китае, активно знакомились с методами народной медицины (иглокалыванием, прижиганием, фитотерапией) и, как следствие, советско-китайское сотрудничество в сфере медицины в указанный период предполагало в т. ч. взаимный обмен опытом. Так, переосмысление роли китайской народной медицины помогло сформировать традицию ее использования в практике советских врачей (например, появление советской школы иглорефлексотерапии).

Командировка советских врачей в 1954–1956 гг. по сути стала первой и масштабной поездкой советских врачей в КНР. Она отличалась особой продолжительностью по сравнению с остальными, длительность которых могла достигать всего нескольких месяцев. Целью поездки было направление советских медиков в терапевтическое отделение Пекинской государственной больницы КНР.

Руководствуясь подписанным между СССР и КНР в 1954 г. соглашением о культурном сотрудничестве и технической помощи, экономическая помощь советской стороны значительно увеличилась. Соответственно выросло число специалистов в различных областях, направленных для работы в некоторых городах КНР. Командирование советских специалистов осуществлялось по нескольким направлениям: по линии науки, культуры, технической помощи. Советские специалисты-медики, направленные для работы в Китай, концентрировались главным образом в Пекине. Некоторые из них были направлены на работу в китайское правительство, Министерство здравоохранения КНР, клинические больницы, высшие медицинские учебные заведения, госпиталь Советского Красного Креста [ПИМУ, Ф. 79. Оп. 3].

Например, коллектив советских медиков, направленных на работу в Министерство здравоохранения КНР в 1954–1956 гг., был разделен на три группы: 1) работники непосредственно правительственного аппарата министерства; 2) работники, направленные в Пекинский медицинский институт, представляющие преимущественно теоретические направления в медицине; 3) работники, направленные в Пекинскую правительственную больницу, являющиеся клиницистами. Согласно утвержденной Министерством здравоохранения СССР системе, в каждой группе назначался старший руководитель и координатор. Руководителем группы врачей-клиницистов, а также старшим советником при группе науки и культуры в советском посольстве в КНР был назначен доктор медицинских наук, профессор Горьковского медицинского института им. С.М. Кирова Вадим Габриэлевич Вогралик, ставший в будущем одним из основоположников советской школы иглорефлексотерапии [ПИМУ, Ф. 79. Оп. 3].

Работа советских врачей в Китае была обширной. Фактически деятельность группы советских медиков можно разделить на несколько направлений: работа в Пекинской правительственной больнице, медицинских институтах с целью реорганизации высшего медицинского образования, работа в китайской медицинской ассоциации для развития научной стороны в медицине, а также организация помощи различным лечебным учреждениям. Большую роль играла также консультативная и экспертная деятельность специалистов из СССР, которая высоко ценилась политическими деятелями и врачами КНР. В рамках этой работы еженедельно

при посольстве проводились совещания группы, координирующей развитие культуры и науки, на которых рассматривались и решались многочисленные вопросы оказания Китаю помощи в организации научной деятельности, строительстве учреждений, реформе среднего и высшего образования, деятельности печатных органов и т. п. Значимость указанной советской миссии определяется вкладом как членов группы, так и самого В.Г. Вогралика в реализацию научно-исследовательской стратегии КНР. Так, за 2 года пребывания в Китае В.Г. Вогралик принял участие в 306 различных совещаниях, включая составление двенадцатилетнего плана научно-исследовательской работы КНР.

В течение командировки медицинские работники в рамках государственного задания осуществляли возложенные на них Министерством здравоохранения задачи диспансеризации высших командного и партийного составов, внедрения принципов структуры и основ системы высшего медицинского образования по советскому образцу. Советские клиницисты знакомили пекинских врачей с основными вопросами организации терапевтической службы в СССР. Согласно отчету о двухлетней работе профессора В.Г. Вогралика в этом отделении [ЦАНО, Ф. 2533. Оп. 3. Д. 936. Л. 67–81], врачи проводили консультации, осуществляли систематическое ведение научных конференций, на которых излагали передовой опыт советской медицины, проводили клинические разборы больных. Для подобных командировок даже в дружественные страны в условиях «холодной войны» необходимы были только компетентные, проверенные и политически надежные специалисты. В.Г. Вогралик представлялся именно таким специалистом. В подобных ситуациях Министерство здравоохранения СССР предварительно отправляло соответствующий запрос на характеристику на потенциального кандидата. При получении соответствующей положительной характеристики давалось разрешение на выезд за рубеж.

После двухлетнего пребывания в Китае В.Г. Вогралик написал не только научные труды, непосредственно касающиеся рационального применения иглотерапии в различных клинических случаях, но и произведения литературного характера. Например, книга «Слово о китайской медицине» [Вогралик В.Г., 1959b] стала обобщением опыта и впечатлений, полученных в момент поездки. Автор проанализировал исторический и теоретический аспекты китайской медицины, систематизировал методы диагностики, способы и средства лечения. Книга отличается литературным стилем изложения, насыщена иллюстрациями, таблицами топографии точек для иглокалывания и прижигания. Собственно и в данной книге помимо официальных отчетов В.Г. Вогралик отмечает результат деятельности СССР в Китае в сфере медицины: «В старом Китае была очень слабая организация здравоохранения, почти не было никакой профилактической работы. Так, в 1947 г. в стране имелось только 65 760 больничных коек... 7 специализированных диспансерных учреждений. И все это на 600 миллионов человек! К концу 1957 г. в стране стало уже 5014 больниц и санаториев на 363 тысячи коек...» [Вогралик В.Г., 1959b, с. 52–53]. Также интересные характеристики Китая и китайской медицине Вогралик дал в другой своей книге «Два года в Китае» [Вогралик В.Г., 1959a].

О существенных результатах этой поездки говорит отчет о работе профессора В.Г. Вогралика в терапевтическом отделении Пекинской правительственной больницы КНР, в котором представлен анализ двухлетнего пребывания врача в Китае и совместной работы: отмечается высокая методология и методика работ, улучшение режима работы в отделении, повышена теоретическая подготовка и деловая квалификация врачей, ведение научно-исследовательской работы, сделаны 34 доклада, клинические разборы больных.

Отдельным направлением можно выделить командировки советских врачей в КНР с целью изучить методы китайской народной медицины. Кроме В.Г. Вогралика в Пекинский университет приезжали и другие медицинские работники из СССР. Профессор Э.Д. Тыкочинская,

оставившая значительное количество трудов в данном исследовательском поле, отмечала в своем отчете Минздраву СССР: «В СССР существуют все предпосылки для успешного изучения метода иглоукалывания» [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 10. Д. 247. Л. 28]. Также она обратила внимание, что «подготовка врачей, владеющих этим методом, является непременным условием для успешного клинического и теоретического изучения данного вопроса» [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 10. Д. 247. Л. 29].

В отчете был подведен итог и дано компетентное мнение советских медиков и ученых о методе иглоукалывания: «Этот метод представляет собой весьма своеобразный, оригинальный метод рефлекторной терапии, дающий при ряде заболеваний, особенно непосредственно после лечения, весьма благоприятный терапевтический эффект. Огромным достоинством этого метода... является его экономичность, отсутствие необходимости в сложной дорогой аппаратуры и возможность широкого применения в самых отдаленных уголках страны... этот метод заслуживает дальнейшего углубленного изучения и развития» [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 10. Д. 247. Л. 25].

В годовом отчете о работе советских медиков в КНР в 1956 г., собранном в материалах о применении методов лечения китайской народной медицины советским врачом, организатором здравоохранения, членом-корреспондентом Академии медицинских наук СССР профессором И.Г. Кочергиным и направленном министру здравоохранения М.Д. Ковригиной [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 2367], высказываются некоторые предположения по дальнейшему развитию и укреплению взаимного сотрудничества между медиками СССР и КНР. Среди реальных возможностей для осуществления сотрудничества по линии совместной научной разработки некоторых проблем медицины особо выделяется перспективность в области изучения китайской народной медицины. И.Г. Кочергин высказал свое мнение относительно этого направления: «Неясность или несостоятельность некоторых теоретических концепций народной медицины не могут быть основанием для безразличного и тем более отрицательного отношения к ней. Мое мнение такое, что нужно всемерно форсировать изучение опыта и получения убедительных результатов лечения, попытаться научно осмыслить этот опыт» [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 2367. Л. 1]. Это во многом перекликается с эффектом, который в 1970-е годы имела статья в «New York Times» с описанием чудес анестезии с использованием игл [Reston J., 1971].

Особым направлением сотрудничества стала командировка сотрудников Лекарстреста при Министерстве здравоохранения СССР в мае 1957 г. в целях ознакомления с производством и применением лекарственных растений. В задачу этой командировки входило знакомство с организацией заготовок дикорастущего лекарственного растительного сырья, а также изучение приемов возделывания отдельных видов важнейших культивируемых лекарственных растений и применение их в китайской народной медицине. В отчете о проделанной работе участниками делегации отмечалось, что «...Министерство здравоохранения КНР оказывало нам всемерную помощь в успешном выполнении работы... за весьма короткий срок пребывания в КНР, и особенно в некоторых провинциях, нам удалось ознакомиться только с отдельными вопросами состояния тех больших работ, которые проводятся в КНР по заготовке лекарственных растений и их использованию в народной медицине» [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 416. Л. 2–5].

Поездки советских медицинских работников подразумевали не только задачи внедрения новейших технологий, предполагалось и ознакомление с результатами и опытом санитарного движения, организованного в КНР. 14 июля 1957 г. Министерством здравоохранения СССР было направлено письмо в Министерство здравоохранения КНР заместителю начальника кабинета внешних сношений Чжан Вэй Сину с информацией о том, что, согласно Плану культурного сотрудничества между КНР и СССР на 1957 г., в Китай должна быть направлена делегация советских специалистов с целью знакомства с системой организации, принципами и задача-

ми санитарно-просветительской работы, деятельностью центров санитарного просвещения, производством наглядных пособий, гигиеническим образованием и воспитанием в школах, борьбой с детскими инфекциями, производством и порядком использования кинофильмов санитарно-просветительского характера [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 365. Л. 14–15].

12 августа 1957 г. от заместителя министра здравоохранения КНР поступил ответ на предложения советской стороны, в котором говорилось: «...КНР желала бы познакомиться с опытом по санитарной пропаганде в Вашей стране...» [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 365. Л. 8]. При этом уточнялось, что китайскую сторону особо интересуют следующие вопросы: «...общее положение работы и основной опыт по санитарному просвещению в СССР... работа по руководству и редактированию издания брошюр, книжек популярного санитарного знания...» [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 365. Л. 10]. Китайских организаторов здравоохранения интересовала вся система санитарного обслуживания в СССР, включая то, как налажена работа по санитарному просвещению в стране. Пропаганда и распространение санитарно-гигиенической информации среди населения были важной проблемой для китайского здравоохранения. В этом они активно старались использовать опыт и накопленный потенциал советских коллег. Например, явно прослеживался интерес к организации, штату, задачам и методам работы художественного комитета при Институте санитарного просвещения СССР.

В течение 29 дней, с 16 сентября 1957 г. по 13 октября 1957 г., делегация советских ученых в составе трех человек посетила пять китайских городов: Пекин, Шэньян, Далянь, Шанхай, Тяньцзинь. Помимо этих городов ученым были организованы выезды в уезды и сельскохозяйственные кооперативы, посещение жилых кварталов, промышленных предприятий, больниц, санитарно-эпидемиологических станций, школ, домов санитарного просвещения. В целом за время пребывания в КНР делегации удалось посетить 39 объектов.

В своем отчете о результатах поездки, составленном 18 октября 1957 г., члены делегации отметили высокий уровень организации командировки и особо тщательную подготовку. В течение всего пребывания в КНР советскую делегацию сопровождали переводчик и работник санитарного просвещения.

В 1950-е годы при Министерстве здравоохранения КНР работал отдел санитарного просвещения в количестве 9 человек, который осуществлял руководство санитарным просвещением в стране, издавал литературу, организовывал выставки. Соответственно подведомственным отделу домов санитарного просвещения к моменту приезда советской делегации было 10. Приезд советских врачей был воспринят не просто с воодушевлением, а с надеждами на получение богатого советского опыта организации санитарной работы, в которой КНР продолжала крайне нуждаться.

У членов делегации в итоге сложилось впечатление, что в КНР патриотическое санитарное движение было широко распространено и вовлекало огромные массы народа в борьбу за санитарную культуру. Интересным наблюдением, нашедшим отражение в итоговом отчете о командировке советских ученых, стал факт о специфических формах санитарного просвещения, которые принял «метод театрализации, нашедший выражение в музыкальных и танцевальных мероприятиях, посвященных вопросам санитарного просвещения, показе кинофильмов о физкультуре и благоустройстве...» [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 365. Л. 4].

В период посещения КНР советская делегация стала свидетелем митинга, который проходил в г. Мукдене, посвященного санитарному движению, включавшего шествие и награждение активистов патриотического движения.

Особо отмечалось, что опыт советской организации здравоохранения уже активно использовался в КНР. Так, к середине 1950-х годов на китайский язык переведено несколько крупных методических пособий, посвященных санитарному просвещению в больницах, мето-

дике санитарного просвещения. Именно поэтому китайская сторона активно интересовалась опытом подобной работы в СССР.

Завершающая беседа представителей советской стороны с участием заместителя министра здравоохранения КНР состоялась 12 октября 1957 г. Она подвела итог пребывания и совместной работы в течение месяца. Перед руководством КНР был поставлен ряд вопросов, которые стали своего рода рекомендациями к дальнейшей работе в области санитарного просвещения. Во-первых, было рекомендовано увеличить количество домов санитарного просвещения как организационно-методических центров. Во-вторых, подготовка студентов-медиков к методике и практике санитарного просвещения, которая на данный момент полностью отсутствовала в КНР, должна стать важной частью системы высшего медицинского образования. В-третьих, поставлен вопрос о необходимости расширения гигиенического образования и воспитания в школах. В-четвертых, указано на необходимость большего вовлечения китайского населения в Общество Красного Креста с целью повысить санитарную грамотность.

В 1960 г. интерес к изучению китайской медицины у советских врачей не пропал. С 25 мая по 2 апреля 1960 г. в Пекине, Шанхае, Ханчжоу находилась советская делегация в составе вице-президента АМН СССР В.Д. Тимакова, действительного члена АМН СССР А.Ф. Билибина, представителя Управления внешних сношений Министерства здравоохранения СССР В.И. Петрова. Представители советской стороны не просто привезли проект «Соглашения о научном сотрудничестве по важнейшим вопросам медицины между АМН СССР и АМН КНР», но, осмотрев китайские институты и лечебные учреждения, они отметили, что «изучение народной медицины получило широкий размах» [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 675. Л. 23–24].

Последней командировкой советских медиков в КНР считается поездка в декабре 1966 г. — январе 1967 г. Советские специалисты в составе проректора Первого Московского Ордена В.И. Ленина медицинского института им. И.М. Сеченова доцента И.А. Сыченикова и главного терапевта гражданской авиации СССР Н.А. Мазура были направлены в Китай с целью изучить различные вопросы в области медицинской науки и осуществить научно-просветительскую деятельность в формате лекций врачам и сотрудникам китайских больниц. Китайская сторона, не объясняя причин, изменила согласованный план, сократив сроки пребывания советских врачей, вопреки первоначальным договоренностям, а также ликвидировав из списка предлагаемых для посещения часть городов. Несмотря на тот факт, что основной задачей поездки врачей оставались знакомство с достижениями китайской медицины и обмен опытом (о чем советская делегация неоднократно напоминала), китайцы старательно уменьшили эту часть программы, в основном за счет общих экскурсий, предложенных принимающей стороной.

За все время пребывания советская делегация врачей посетила 14 крупных клиник и больниц, как правило многопрофильных, а также поликлиники, дома здоровья и больницы при предприятиях и коммунах. Кроме того, были показаны институт сывороток и вакцин, фармацевтическая фабрика и завод медицинских инструментов и оборудования в Пекине, Ухане, Шанхае и Кантоне [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 1258. Л. 3–6].

Внутренняя организация и состояние больниц вызвали у советской делегации недоумение и существенную критику. Советские врачи отмечали: «В подавляющем большинстве больниц очень грязно и холодно, они не отапливаются, за исключением электропечей в операционных. Больные в постели лежат в верхней одежде, не раздеваясь. В ряде больниц громкоговорители, установленные в коридорах, на всю мощь вещают о культурной революции...» [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 1258. Л. 7]. При этом особо подчеркивался тот факт, что питание в больницах платное. И если лечение рабочих оплачивалось профсоюзом КНР, то, например, крестьяне вынуждены были лечиться за свой счет.

Отличительной чертой завершающей командировки советских врачей была напряженная и не всегда доброжелательная атмосфера, которая ощущалась нашими медиками повсеместно. По сути она была прямым следствием политической пропаганды и сложной внутри- и внешнеполитической ситуации в 1960-е годы в самом Китае. Общение делегации было ограниченным, и в течение всего времени пребывания оно замыкалось очень узким кругом лиц, часть из которых не всегда представлялась советским коллегам. Сообщения китайских врачей, сделанные на встречах с советскими врачами, носили однотипный характер, зачастую сводились к чтению заранее заготовленных выступлений. В итоговом отчете советские врачи отмечали: «Ораторы чувствовали себя крайне скованно, особенно при постановке конкретных вопросов, а сообщаемые данные нередко вызывали большие сомнения... Применительно к медицинским учреждениям приводились явно фантастические цифры обеспечения клиник и больниц врачами» [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 1258. Л. 2]. Еще одной особенностью, которая существенно отличает последнюю командировку от всех предыдущих, стало частое упоминание китайскими медицинскими работниками того факта, что все достигнутое в сфере медицины и здравоохранения является результатом усилий самих китайцев, их вкладом и деятельностью. Безусловно, огромная помощь Советского Союза Китаю в разговорах не упоминалась и даже искусственно замалчивалась. Советские медики отметили также любопытную особенность: «...В очень редких случаях мы назывались советскими друзьями и товарищами, как правило, использовались такие слова, как “коллега”, “доктор”» [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 1258. Л. 3].

По факту за все короткое время пребывания в Китае обещанные показы высших учебных заведений, которые обговаривались заранее, свелись к двум беседам в гостинице. Из них было очевидно, что в отношении медицинского образования предполагалось сокращение сроков обучения, а задачи подготовки специалистов должны будут ограничиться реализацией нужд малообеспеченных крестьян. Несомненно, что подобный подход в итоге свелся к упрощению и уменьшению объема теоретических знаний будущего врача.

Таким образом, завершающая командировка советских медицинских работников в КНР продемонстрировала явное нежелание китайской стороны дальнейшего тесного сотрудничества в сфере медицины и здравоохранения. Хотя члены делегации отметили: «Несмотря на невиданную... антисоветскую кампанию, развернутую в Китае, а также царящие в стране террор, произвол и беспорядок, работа делегации проходила в терпимых условиях. Прямых антисоветских выпадов допущено не было» [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 1258. Л. 5].

Таким образом, представляется важным изучить вклад советских врачей в расширение сотрудничества СССР и КНР в медицине. Оценка форм и содержания советской научно-технической помощи КНР в области медицины и здравоохранения посредством анализа командировок, организованных Министерством здравоохранения СССР, позволяет реконструировать более комплексную картину вклада Советского Союза в создание национальной системы здравоохранения в КНР. Идеологическая часть поездок, безусловно, соприкасалась с собственно научным содержанием командировок. Исследование историографии и источников показало, что проблема двусторонних отношений выходит за рамки стереотипов односторонней помощи со стороны СССР в адрес КНР, поскольку была и обратная связь в форме интеграции некоторых методов традиционной китайской медицины в практику советского врача.

Дополнительный интерес представляют дальнейшие исследования материалов, которые помогут определить роль СССР в становлении и развитии феномена уникального пути трансформации китайской медицины, превратившейся из антитезиса научной медицины в один из наиболее мощных символов собственного исторического пути Китая и китайского понимания модернизации [Reston J., 1971]. Как отметил в одной из своих работ известный организатор китайского здравоохранения Chen Zhiqian (более известный как С.С. Chen), заслуги которого сопоставимы

со вкладом Н.А. Семашко в систему здравоохранения СССР: «В начале 1920-х годов врачи, среди которых были и китайцы, своим желанием “упразднить” традиционную китайскую медицину мешали распространению научной медицины, сторонниками которой они являлись. Страх, вызванный их действиями, был причиной формирования сильной оппозиции из объединений врачей традиционной медицины, которые организовали сильное противодействие и получили поддержку властей. При поддержке власти и населения врачи традиционной медицины смогли не только защитить, но и расширили свое влияние. Спустя 50 лет в Китае существуют две абсолютно равнозначные системы медицины со своими ценностями и школами» (цит. по [Lei S.H.-L., 2014]).

С точки зрения задач историко-научного исследования в области советско-китайского сотрудничества в сфере медицины и здравоохранения представляется важным как развитие отечественных разработок по данной тематике, так и восполнение пробелов существующей зарубежной историографии, в рамках которой этот аспект советско-китайского сотрудничества представлен слабо, а в отношении отдельных эпизодов и вовсе отсутствует.

Введенные в научный оборот исторические источники помогают воссоздать картину событий в медицине и здравоохранении и выявить грандиозные масштабы совместных усилий советских и китайских советников, технического состава, врачей, ученых, оказавших решающее влияние на усиление государства и укрепление национального суверенитета.

Таким образом очевидно, что, во-первых, правительству КНР удалось создать уникальную систему здравоохранения, учитывающую опыт научной медицины Запада, его технологии с сохранением традиционной китайской медицины и ее опыта по изучению гармонии человеческого тела, которые в равной степени сосуществуют в современном Китае. Во-вторых, этический компонент медицины Китая во многом связан с традициями, а также с идеологией социализма. В-третьих, в зарубежной историографии отсутствуют комплексные исторические исследования, посвященные советско-китайским отношениям в области медицины и здравоохранения, а также роли СССР в формировании и развитии медицинской науки и образования Китая.

БИБЛИОГРАФИЯ

- Балакин В.С., Сяоин Лу. КНР и СССР в 1960–1980-е годы: от конфронтации к равноправному сотрудничеству // Вестник Южно-Уральского государственного университета. — 2016. — Т. 16(1). — С. 11–15.
- Беляков А.В., Матвейчев О.А. Россия и Китай. Две твердыни. Прошлое, настоящее, перспективы. — М., 2017.
- Вогралик В.Г. Два года в Китае. — Горький, 1959.
- Вогралик В.Г. Слово о китайской медицине. — Горький, 1959.
- Волюнец А.Н. Деревянные пушки Китая. Россия и Китай — между союзом и конфликтом. — М., 2017.
- Воскресенский А.Д. Россия и Китай: теория и история межгосударственных отношений. — М., 1999.
- Галенович Ю.М. 50 лет с Китаем. — М.: Вагриус, 2010.
- Галенович Ю.М. Россия: взгляд из Китая. — М.: Эксмо, 2010.
- Галенович Ю.М. Сталин и Мао. Друзья и соперники. — М.: Яуза-Пресс, 2017.
- Гельбрас В.Г. Советско-китайские отношения в период 1950–80-х гг. — Владивосток, 1991.
- Гельбрас В.Г. Социально-политическая структура КНР 1950–60-х гг. — М., 1980.
- Гордеев Н.В., Бугреев В.И., Жданова Н.Н. Советско-китайские и российско-китайские отношения в 40–90-е годы. — Иркутск: ИГЭА, 1999.

Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ).

- Гришина Н.В. «...Возможность проехать и подышать западноевропейским воздухом»: взаимоотношения науки и власти в сфере заграничных командировок в 1920-е гг. // Вестник Томского государственного университета. — 2018. — № 51. — С. 28–37.
- Гусевская Н.Ю., Мамкина И.Н. Роль образования в развитии российско-китайских отношений: история и современность // Вестник Томского государственного университета. — 2017. — № 423. — С. 77–83.
- Дружба навеки: Очерки истории сотрудничества Советского Союза и Китайской Народной Республики (1949–1960 гг.) / Под ред. И.В. Турицына. — М.: НИИ ИЭП, 2018. — 250 с.
- Ефимов Г.В. Очерки по новой и новейшей истории Китая. — М., 1951.
- Капица М.С. КНР: два десятилетия — две политики. — М., 1969.
- Капица М.С. Советско-китайские отношения. — М., 1958.
- Кобылин И.И. «Черные ящики истории» // Новое литературное обозрение. — 2017. — Т. 4(146). — С. 134–142.
- Кобылин И.И. История боли: аффект, языковые игры и биополитика страдания // Новое литературное обозрение. — 2017. — Т. 3(145). — С. 350–361.
- Ларин А.Г. Китайцы в России вчера и сегодня: исторический очерк. — М., 2003.
- Ледовский А.М. СССР и Китай в 1937–1945 гг. Записки советского дипломата // Новая и новейшая история. — 1990. — № 5. — С. 82–108.
- Мамаева Н.Л., Сотникова И.Н., Верченко А.Л. Участие СССР в реконструкции и строительстве «156 производственных объектов» в КНР в 1950-е годы. Новые факты и обстоятельства советско-китайского сотрудничества. — М.: Весь Мир, 2018. — 608 с.
- Нагорных О.С., Шок Н.П. Командировки советских врачей в КНР в 1950–1960-е гг.: реализация планов сотрудничества в сфере медицины и здравоохранения // Вестник Томского государственного университета. История. — 2020. — № 65. — С. 75–85.
- Нагорных О.С., Шок Н.П. Россия и Китай в ракурсе глобального здравоохранения: передача биотехнологий или трансфер этоса? // В кн.: Социально-гуманитарное познание: методические и содержательные параллели / Под ред. А.В. Грехова, А.Н. Фатенкова. — М.: Аквилон, 2019. — С. 297–312.
- Непомнин О.Е. История Китая XX век. — М., 2011.
- Островский А.В. Вековой путь Китая к прогрессу и модернизации: к 100-летию Синьхайской революции. — М., 2012.
- По дорогам Китая. 1937–1945 гг.: воспоминания советских военных советников и специалистов / Под ред. Ю.В. Чудодеева. — М.: Наука, 1989. — 366 с.
- Приходько Н.Н. Фронтирная теория в геополитике на Востоке России // Вестник Томского государственного университета. — 2007. — № 298. — С. 98–102.
- Ратманов П.Э. Вклад российских врачей в медицину Китая (XX век): Автореф. ... д-ра мед. наук. — М., 2010.
- Российский государственный архив новейшей истории (РГАНИ).
- Российский государственный архив экономики (РГЭА).
- Русецкий И.И. Китайский метод лечебного иглоукалывания. — Казань, 1959.

- Русецкий И.И., Терегунов А.Х. Краткое руководство по иглоукалыванию. — Казань, 1962.
- Сладковский М.И. Китай: основные проблемы истории, экономики, идеологии. — М.: Мысль, 1978. — 301 с.
- Сладковский М.И. Очерки развития внешнеэкономических отношений Китая. — М.: Мысль, 1953.
- Сладковский М.И. Очерки экономических отношений СССР с Китаем. — М.: Внешторгиздат, 1957. — 455 с.
- Тыкочинская Э.Д. Иглоукалывание и прижигание. — Л., 1960.
- Тыкочинская Э.Д. Основы иглорефлексотерапии. — М., 1979.
- Учебно-исторический центр Приволжского исследовательского медицинского университета (ПИМУ). Ф. 79. Оп. 3.
- Федосов Е.А. «Вперед к великой цели!»: образ СССР и Китая в агитационных плакатах 1940–1960-х гг. // Вестник Томского государственного университета. — 2017. — № 48. — С. 136–144.
- Центральный архив Нижегородской области (ЦАНО).
- Черепанов А.И. Записки военного советника в Китае. — М.: Наука, 1976. — 646 с.
- Широкоград А.Б. Россия и Китай. Конфликты и сотрудничество. — М., 2004.
- Cullis J.G., West P.A. The economics of health: An introduction. — New York: New York University Press, 1979. — 308 p.
- Hinrichs J., Barnes L.L. (eds.) Chinese Medicine and Healing: An Illustrated History. — Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press, 2013. — 464 p.
- Hu D. Despite or Due to the Cultural Revolution: The Development of Chinese Science, Technology, and Medicine in the 1960s and 1970s // Endeavour. — 2017. — Vol. 41(3). — P. 78–84.
- Jamison D.T., Evans J.R., King T. et al. China: The health sector. — Washington: The World Bank, 1984.
- Lampton D.M. The politics of public health in China, 1949–1969. — Stanford: Stanford University Press, 1973.
- Lei S.H.-L. Neither Donkey nor Horse: Medicine in the Struggle over China's Modernity. — Chicago: University of Chicago Press, 2014.
- Li L., Jiang Q. (eds.) Introduction to Public Health in China. — Singapore: Springer, 2019.
- Lowenhardt J. The Reorganization of the USSR Academy of Sciences 1954–1961 // In: Decision Making in Soviet Politics. — New York: St. Martin's Press, 1981. — P. 127–182.
- Reston J. Now, About My Operation in Peking // The New York Times. — 26 July, 1971.
- Vicinich A. The Thaw and the Scientific and Technological Revolution (1954–1970) // In: Empire of Knowledge: The Academy of Sciences of USSR (1917–1970). — Los Angeles: Berkeley, 1984. — P. 257–313.
- Voskressenski A. Russia and China. A theory of inter-state relations. — London, New York: Routledge Curzon, 2004.
- Yang P.-L., Lin V., Lawson J. Health policy reform in the People's Republic of China // International Journal of Health Care Services. — 1991. — Vol. 21. — P. 481–491.

Советский Союз с самого начала позиционировал себя как общество, построенное на рациональных научных основаниях. В общественную практику активно внедрялись (правда, с разной степенью успешности) новейшие достижения науки, а государство стимулировало ученых заниматься смелыми научными экспериментами. Часто усилия оказывались напрасными, реализация смелых идей буксовала из-за недостаточной технической оснащенности, дефицита научных кадров (вызванного в т. ч. и репрессиями по отношению к ним со стороны советской власти), специфики общественно-политического строя и т. д. Несмотря на это, общий пафос всемогущества рационального научного знания, возможности его скорейшего воплощения в жизнь, а главное, исключительно позитивной роли науки в обществе оставался неизменным. В значительной степени такой сциентический оптимизм был общим явлением XX в.¹, несмотря на ужасы мировых войн, а затем и страх в годы «холодной войны» перед планетарной ядерной катастрофой.

Новый пик культа науки в СССР приходится на 60-е годы, когда, особенно после успехов советской космонавтики, казалось, что еще чуть-чуть и с помощью науки можно будет решить все насущные проблемы человечества [Вайль П., Генис А., 2013, с. 117–126]. Но уже тогда становятся очевидными и противоречия научного прогресса. Причем пришло осознание, что эти противоречия носят не только глобальный масштаб (например, угроза ядерного апокалипсиса), но и начинают потенциально касаться каждого простого человека в его повседневной жизни (проблемы массовых вакцинаций, экология, испытание лекарственных средств у людей, сложность доступа к качественному медицинскому обслуживанию и т. д.). Сциентический оптимизм все больше подвергался критике, росли опасения дегуманизации общества в эпоху стремительного научного и технического прогресса. Большой резонанс вызвала статья Ю.А. Шрейдера «Наука — источник знаний и суеверий», опубликованная в 1968 г. в журнале «Новый мир». Автор относил уверенность во всемогуществе науки к форме суеверия. Постепенно в советском обществе все отчетливее выкристаллизовывался критический дискурс по отношению к науке.

В западных странах проходили сходные процессы, но в СССР публичное обсуждение сложившихся проблем было сильно ограничено не только общими идеологическими установками, но и официальным культом советской науки, постулирующим ее превосходство над западной, а также утверждением, что указанные проблемы могут возникать только в капиталистическом обществе, но не в социалистической стране.

Многочисленные проблемы, связанные с научно-технической революцией (НТР), привели в 1960–1970-е годы в западных странах к активному развитию биоэтики как особого направления². Важным стимулом развития биоэтики стало движение за права человека. По понятным причинам в СССР оно носило скорее подпольный характер и не могло серьезно влиять на общественное мнение. Тем не менее в СССР можно было наблюдать активное экологическое движение, ставшее заметным фактором общественной жизни. Стремительно рос интерес населения к вопросам здравоохранения. В этих условиях люди все чаще интересовались не только практиками лечения, но и проблемой взаимоотношения врача и пациента.

Необходимо отметить, что в советской медицинской среде в 1960–1970-е годы активно развивалась медицинская деонтология, но не биоэтика. Однако дело здесь не только в тер-

¹ Подробнее см.: Хоффманн Д.Л., 2018.

² О развитии биоэтики см.: Михель И.В., 2015.

минологическом консерватизме советских врачей. Изучение конференций, посвященных вопросам медицинской этики, показывает, что врачи высказывали явное неудовольствие вмешательством в их профессиональные действия со стороны СМИ и «непрофессиональных» пациентов. Если следовать классификации типов врачебной этики, предложенной К. Дернером, то советские врачи придерживались «патерналистской» модели, в которой пациент оставался объектом, а этический выбор был за врачом [Дернер К., 2006, с. 11].

Приходится констатировать, что основной тенденцией развития медицинской деонтологии в СССР было усиление эффекта закрытия этических вопросов от обсуждения с «непрофессионалами». Предлагалось даже запретить обсуждение вне профессиональных рамок врачебных ошибок и ограничить доступ населения к информации о тяжелых болезнях. Советские врачи (как, впрочем, и представители медицинских специальностей во всем мире³) были склонны к корпоративной замкнутости, и во многом из-за этого деонтология носила корпоративный характер [Юдин Б.Г., 1989, с. 23]. Биоэтика в отличие от медицинской деонтологии ставила этические проблемы шире, стремясь не только повысить моральный уровень врачей, но и вовлечь в процесс медицинских решений пациента и представителей других областей науки и культуры: философов, литераторов, журналистов, общественных активистов и др. Первоначально биоэтика в СССР развивалась в рамках этики науки, в свою очередь входившей в философию естествознания. Этот факт способствовал и тому, что биоэтика оказалась с самого начала вписана в широкий теоретический контекст.

В 1950–1960-е годы в СССР шла постепенная реабилитация генетики. Необходимо указать, что генетика, подвергавшаяся в сталинское время гонениям, стала своеобразной формой антисталинизма в науке. Отбиваясь от многочисленных критиков, обвинявших генетиков в приверженности к биологизму и проводивших параллели между генетикой и нацистскими экспериментами над людьми, советские генетики и философы науки были вынуждены уделять особое внимание этическим вопросам науки. В этом смысле возникшая на Западе биоэтика в силу широты проблематики показалась им более привлекательным проектом, чем корпоративная медицинская деонтология. Интенсификация же международных контактов в годы перестройки только подстегнула внедрение биоэтики, прочно ассоциировавшейся с международными стандартами.

Особую роль в развитии биоэтических исследований в СССР сыграл Иван Тимофеевич Фролов (1929–1999)⁴. Он стал известен благодаря активной борьбе с «лысенковщиной» и защите генетики. Работал в главном «витринном» советском журнале «Проблемы мира и социализма». Фролов был убежденным марксистом, но ратовал за творческий подход к наследию Маркса. По словам известного историка советской науки Л. Грэхэма, Фролов был «лидером реформаторов советской философии» [Грэхэм Л.Р., 1991]. В 1965–1968 гг. он занимал должность помощника секретаря ЦК КПСС по идеологии П.Н. Демичева. В дальнейшем П.Н. Демичев покровительствовал Фролову в высших партийных кругах. В 1968–1977 гг. Фролов занимал должность главного редактора журнала «Вопросы философии». Именно в это время в журнале стали уделять пристальное внимание философии науки и этическим проблемам научно-технического прогресса. В 1970-е годы в журнале «Вопросы философии» прошла целая череда дискуссий по вопросам этики науки.

С начала 1970-х годов Фролов все больше погружался в проблематику этики науки. В 1970 г. он готовит тезисы, ставшие, по его же собственному признанию, «началом начал» и получившие название «Особенности научно-технической революции в “век биологии” и проблемы человека» [Корсаков С.Н., 2006, с. 109]. Фролов считал, что человечество стоит на пороге «века

биологии», когда биология станет ведущим фактором научно-технического прогресса. Будучи советским философом, Фролов самое пристальное внимание уделял проблеме решения этических вопросов в условиях социалистического общества и всегда акцентировал его отличие от капиталистического. Он подчеркивал, что современная наука не может выносить нравственные проблемы за скобки. Фролов выступает последовательным сторонником гуманизации науки.

В начале 1970-х годов особое внимание мировой общественности привлекали успешные опыты по изучению и изменению человеческих генов. В 1972 г. в лаборатории американского биохимика П. Берга была получена рекомбинантная ДНК. Работая над проблемами этики генетических исследований, Фролов внимательно следил за развернувшимися в мире дискуссиями по этому вопросу.

В одной из рабочих записей он в сконцентрированном виде представил свои мысли о НТР, этике и социализме: «Человек становится объектом НТР, которая обслуживает его, но он не может быть никогда объектом манипулирования: социального, биологического — генетического (неоэвгеника, эксперименты на человеке, фабрикация элиты). Человек уникален как личность. Решающее здесь — социальные факторы. Развитие человека как самоцель — вот лозунг социализма и коммунизма. “Социологизация” науки — все большее утверждение ее как социального института общества, а не чистого, изолированного института познания. Наука и ученые все больше вынуждены сегодня видеть общественные последствия результатов своей деятельности, остро осознавать свою социальную ответственность, не считая, что их дело — производить знания, а то, как они будут использованы — безразлично. Существенное назначение науки — служить человеку, его всестороннему и свободному развитию. Капитализм извращает это существенное предназначение науки, обращая знание во зло, угрожает человечеству. Поэтому еще Маркс связывал воедино прогресс общества в направлении к коммунизму, развитие науки и техники и развитие человека. Наука все больше обращается к человеку, и ее результаты имеют влияние на его жизнь. Генетическая (генная) инженерия (лечение наследственных заболеваний) — как и до каких пределов возможно вмешательство. Этично ли это?... Но одной этики мало! При капитализме этическое саморегулирование исследований возможно в ограниченных масштабах, т. к. главное здесь не благо человека, а прибыль. При социализме — гармония целей познания и социально-этических регулятивов. Это лозунг борьбы!» (цит. по [Корсаков С.Н., 2006, с. 154]).

Возможно, Фролов предлагал несколько идеализированный взгляд на преимущества социалистического общества (впрочем, Фролов, видимо, имел в виду социализм как идеальную модель, а не окружавшую реальность). Тем не менее именно социализм, по его мнению, должен был решить проблему свойственных капитализму паллиативных мер по этическому регулированию науки и выработать системный механизм, построенный на гуманизме. Фролов предлагает типичный для советской философии путь решения проблемы: только социальный фактор (в данном случае — социалистическое общество) способен на ее решение. Процитированные выше тезисы получают развитие в серии статей и книг Фролова.

Особое внимание общественности привлекла его книга «Перспективы человека. Опыт комплексной постановки проблемы, дискуссии, обобщения» (М., 1979; 2-е изд. 1983) и написанная совместно с Б.Г. Юдиным монография «Этика науки: проблемы и дискуссии» (М., 1986). В них советский читатель узнавал основные направления дискуссий вокруг этических проблем науки, особенно генной инженерии. Фролов выступал против крайнего биологизаторства в вопросе роли генетики в развитии человечества, при этом он осуждал и крайнее социологизаторство.

По наблюдениям Лорена Грэхэма, взгляды Фролова следует рассматривать как отход от традиционного для советской философии оптимистического сциентизма. Его биоэтические взгляды базировались на представлениях об этическом релятивизме и «утонченном марксиз-

³ Об этом см.: Бурдые П., 2018, с. 106–107.

⁴ О нем см.: Степин В.С., 2001; Корсаков С.Н., 2006; и др.

ме», выгодно отличались обоснованностью от взглядов как оппонентов, так и тех, кто придерживался сходной позиции [Грэхэм Л.Р., 1991, с. 260].

28 февраля 1980 г. Президиум АН СССР принял постановление о создании научного совета по комплексной проблеме «Философские и социальные проблемы науки и техники» под руководством И.Т. Фролова [Корсаков С.Н., 2006, с. 193]. В середине 1980-х годов в рамках совета начала работать группа по вопросам биоэтики [Корсаков С.Н., 2006, с. 269]. Пока трудно определить, каким образом в советский этический словарь проникло понятие «биоэтика». Во всяком случае, в советское время книг с таким названием не выходило. Тем не менее в реферативных сборниках под эгидой Института научной информации по общественным наукам АН СССР, освещавших дискуссии вокруг биоэтических проблем за рубежом и в СССР, термин «биоэтика» уже присутствовал. Сборники стали формой популяризации биоэтики в СССР [Этика, гуманизм и охрана здоровья, 1985; Этика биомедицинских исследований, 1989].

Можно утверждать, что И.Т. Фролов и его единомышленники рассматривали этику науки (и биоэтику как ее важную часть) как метадисциплину, целью которой была выработка междисциплинарного подхода к решению проблем, возникающих на стыке биологии, медицины и социальных практик.

И.Т. Фролов высоко оценивал развитие медицинской деонтологии в СССР. На заседании круглого стола по биоэтике в 1992 г. он вспоминал: «Я застал еще времена, когда в Институте хирургии проводились семинары по проблемам деонтологии, причем это были постоянные семинары в мощных клиниках и центрах. Меня поразила детализация этических проблем... Все это было на высоком профессиональном уровне» [Биоэтика: проблемы, трудности, перспективы, 1992]. Но его не удовлетворяло отсутствие междисциплинарных связей с биологией, этикой науки, генетикой и т. д.

Особенностью работы И.Т. Фролова во главе Комиссии стало стремление интегрироваться в международные структуры. В марте 1985 г. ЮНЕСКО организовало Международный симпозиум по биоэтике в Барселоне. Второй симпозиум прошел там же в 1987 г. Большинство так называемых развитых стран обзавелось национальными комитетами по биоэтике. В 1990 г. была создана Международная ассоциация биоэтики, руководящие органы которой предложили советским ученым войти в ее состав. Возникла формально организационная проблема: группа по изучению проблем биоэтики не могла войти в международную ассоциацию из-за недостаточно высокого административно-научного статуса, поэтому требовалось создание полноценного советского национального комитета по вопросам биоэтики.

Однако решение возникшей, казалось бы технической, проблемы не было простым. Для этого требовалось, чтобы к осознанию важности биоэтических проблем пришло не только научное сообщество, но и советское общество в целом. Через несколько лет И.Т. Фролов признавал, что это требовало немалых усилий, направленных в первую очередь на просветительскую работу [Круглый стол «От теории — к практике и новой теории», 1992].

Эпоха перестройки как нельзя лучше способствовала радикальному повороту в умах. Активное обсуждение в обществе необходимости повышения правовой культуры, гуманизации, де бюрократизации создавало необходимый фон для продвижения новых принципов и приоритетов научной политики. В частности, серьезно активизировалось экологическое движение, особенно на фоне Чернобыльской катастрофы, тесно связанное с проблемами биоэтики. Определенную роль сыграл и кризис сознания советского общества в конце 1980-х годов, когда в публичном пространстве стало возможным говорить о его отсталости во многих сферах жизни, в т. ч. и напрямую связанных с биоэтикой.

В лоббировании новой структуры огромную роль сыграл авторитет, в т. ч. и международный, И.Т. Фролова. В 1987 г. он был избран академиком АН СССР, занимал должность совет-

ника М.С. Горбачева, в 1989–1990 гг. — пост секретаря ЦК КПСС, в 1990–1991 гг. был членом Политбюро ЦК КПСС, а в 1989–1991 гг. — главным редактором газеты «Правда». В команде М.С. Горбачева он занимал умеренно-реформистские позиции. Таким образом, И.Т. Фролов обладал доступом к административным и интеллектуальным ресурсам. Но даже такой научный и политический «тяжеловес» столкнулся с определенными трудностями в реализации проекта создания национального комитета по биоэтике.

Первые вопросы о создании комитета были подняты 4 апреля 1991 г. С таким предложением к Президиуму АН СССР обратились члены отделения философии и права и отделения биохимии, биофизики и химии физиологически активных соединений [Корсаков С.Н., 2006, с. 270].

13–15 мая 1991 г. в Москве прошло знаковое для утверждения отечественной биоэтики событие — Международное совещание «Биоэтика и социальные последствия биомедицинских исследований». Совещание было организовано по инициативе ЮНЕСКО, а председателем оргкомитета стал И.Т. Фролов. Центральная проблема была заявлена достаточно широко — «права человека перед лицом современного научного и технического прогресса» [АРАН, Ф. 2164. Оп. 3. Ед. хр. 6. Л. 2]. Организаторами выступили Центр наук о человеке АН СССР в сотрудничестве с Институтом философии АН СССР и Всесоюзным научным центром хирургии при поддержке компаний «Медигранта» и «Медикона» [АРАН, Ф. 2164. Оп. 3. Ед. хр. 6. Л. 6].

Ключевые проблемы совещания были сформулированы следующим образом: 1) проблемы трансплантации органов; 2) информирование пациента, проблема информационного согласия; 3) биоэтика и закон; 4) социальная институционализация биоэтической деятельности [АРАН, Ф. 2164. Оп. 3. Ед. хр. 6. Л. 7]. В рамках этих проблем рассматривались многочисленные фундаментальные и прикладные вопросы, в т. ч. можно ли преодолеть двойное противопоставление: бедные страны — поставщики органов, богатые страны — потребители органов; можно ли решить при трансплантации органов проблемы, связанные с религиозными и духовными убеждениями пациентов; как решить проблему согласия донора и др. [АРАН, Ф. 2164. Оп. 3. Ед. хр. 6. Л. 8].

В работе совещания приняли участие ведущие специалисты мира в области медицины, биологии, философии и права. В резолюции признавалось, что «Советский Союз относится к той категории стран, в которых интерес общественности пока мало проявлен и не артикулирован. Между тем развитие биоэтики является важным как с точки зрения движения к правовому государству, так и в плане гуманизации общества, обеспечения социальной заинтересованности человека» [АРАН, Ф. 2164. Оп. 3. Ед. хр. 6. Л. 23].

Таким образом, развитие и популяризация биоэтики рассматривались в тесном контексте с желаемым вектором эволюции советского общества.

Успешное проведение совещания значительно повысило шансы на повышение статуса биоэтики в СССР. Вместе с тем все сложности этого процесса хорошо передает прошедшее 29 октября 1991 г. заседание Президиума АН СССР, на котором встал вопрос о создании Советского национального комитета по биоэтике.

На заседании было предложено сформировать национальный комитет, готовый войти в Международную ассоциацию. В качестве председателя выдвигалась кандидатура И.Т. Фролова, заместителем предлагали сделать академика А.А. Баева. Однако возникли сложности. Поскольку вопрос был внесен сверх основной повестки, математик академик А.А. Гончар высказал сомнение в необходимости его срочного решения без серьезной проработки. Кроме того, по его мнению, биоэтика скорее относится к ведению биологов, а не философов. Появился риск того, что идею похоронят с помощью формально-бюрократических методов.

И.Т. Фролов на заседании отсутствовал, поэтому на вопросы отвечал А.А. Баев. Отвечая на сомнения по поводу срочности вопроса, он заявил, что СССР слишком отстает от западных

стран в области развития биоэтики, поэтому решение нужно принимать срочно. А.А. Гончар высказал сомнения, что именно И.Т. Фролов должен стать во главе комитета, а также призывал привлечь к участию представителей других отделений. А.А. Баев парировал тем, что Фролов давно занимается проблематикой биоэтики в отличие от биологов, медиков и химиков, которые эти проблемы избегают. Часть членов президиума поддержала сомнения А.А. Гончара.

Быстро выяснилось, что многие вообще не знают, что такое биоэтика, поэтому понадобилось разъяснение, которое дал академик Р.В. Петров. Президент АН СССР Г.И. Марчук, резюмируя итоги заседания по вопросу об организации Советского национального комитета по биоэтике, подчеркнул, что теперь никаких сомнений в его создании не возникает. Оставался открытым вопрос о руководстве и практической реализации проекта.

Уже в декабре 1991 г. Советский Союз прекратил свое существование, комитет нужно было организовывать в условиях стремительных трансформаций всех сторон жизни общества и науки. 26 февраля 1992 г. был создан Российский национальный комитет по биоэтике, имевший статус независимого общественного объединения при Российской академии наук. Его сопредседателями стали И.Т. Фролов и А.А. Баев [Корсаков С.Н., 2006, с. 270].

Появление Российского национального комитета по биоэтике было обусловлено целым рядом взаимозависимых факторов. Общие тенденции развития науки сошлись с возникшими на волне перестройки общественным запросом и политической либерализацией. Значительную роль сыграла инициатива академика И.Т. Фролова, обладавшего серьезным научным и административным признанием. В то же время одной инициативы даже такого влиятельного человека было недостаточно, нужен был соответствующий общественно-интеллектуальный фон, способствующий пониманию важности проблем биоэтики для современного общества⁵.

БИБЛИОГРАФИЯ

- Академик Иван Тимофеевич Фролов: Очерки. Воспоминания. Материалы / Под ред. В.С. Степина. — М.: Наука, 2001. — 644 с.
- Архив Российской академии наук (РАН).
- Биоэтика: проблемы, трудности, перспективы (Материалы «круглого стола») // Вопросы философии. — 1992. — № 10. — С. 5.
- Бурдые П. Homo academicus. — М.: Издательский дом ВШЭ, 2018.
- Вайль П., Генис А. 60-е: мир советского человека. — М.: АСТ, 2013.
- Грэхэм Л.Р. Естествознание, философия и науки о человеческом поведении в Советском Союзе. — М.: Политиздат, 1991. — 408 с.
- Дернер К. Хороший врач: Учебник основной позиции врача. — М., 2006.
- Иван Тимофеевич Фролов / Под ред. В.А. Лекторского. — М.: РОССПЭН, 2010.
- Корсаков С.Н. Иван Тимофеевич Фролов, 1929–1999: загадка жизни и тайна человека, поиски и заблуждения. — М.: Наука, 2006.
- Круглый стол «От теории — к практике и новой теории» // Вопросы философии. — 1992. — № 10. — С. 5.
- Михель И.В. Биоэтика в контексте истории: философские исследования биоэтического движения. — Саратов, 2015.
- Тихонов В.В. Биоэтика в СССР (1960–1980-е гг.): социокультурный контекст // В сб.: Проблемы экологической истории. Истории окружающей среды. — М., 2020. — Вып. II. — С. 375–385.

Тихонов В.В. У истоков Российского национального комитета по биоэтике: исторический, социокультурный и политический контексты // История медицины. — 2019. — Т. 6(1). — С. 52–57.

Хоффманн Д.Л. Возращивание масс. Модерное государство и советский социализм. 1914–1939. — М.: Новое литературное обозрение, 2018.

Этика биомедицинских исследований: Реферативный сборник. — М., 1989.

Этика, гуманизм и охрана здоровья: Реферативный сборник. — М., 1985.

Юдин Б.Г. Предисловие // В кн.: Этика биомедицинских исследований: Реферативный сборник. — М., 1989. — С. 23.

⁵Подробнее см.: Тихонов В.В., 2019.

Проблема биологического «улучшения» человека в современном мире стоит достаточно остро. Если социальные проекты усовершенствования человеческой природы уже не вызывают прежнего энтузиазма, то биотехнологические, наоборот, пользуются все большей популярностью [Юдин Б.Г., 2013]. Так, появился проект трансгуманизма, предполагающий улучшение человека и его возможностей за счет современных достижений науки и техники. Ученые активно обсуждают вопросы продления жизни с помощью новых технологий, перспективы и возможные проблемы симбиоза человека и машины и т. д. Многие специалисты по биотехнике крайне настороженно относятся к подобным перспективам, указывая, что возможных проблем и опасностей в случае реализации таких проектов будет намного больше, чем положительных достижений [Фукуяма Ф., 2004; Михель И.В., 2015; Юдин Б.Г., 2018].

После разгрома советской евгеники в конце 1930-х годов и разоблачения нацизма проекты «улучшения» человека биологическими методами в СССР оказались под запретом [Кременцов Н.Л., 2014]. Вторая половина 1950-х годов считается временем зарождения в мире движения «улучшения» человека на новом уровне. В 1957 г. Дж. Хаксли опубликовал знаменитое эссе «Трансгуманизм», в котором призывал начать переход на новый уровень развития человечества [Юдин Б.Г., 2018, с. 10–12].

Интерес к теме «улучшения» человека в СССР вновь возродился в 1960-е годы. Значительную роль в этом сыграла научная фантастика. На волне возрождения генетики, которая вновь заняла почетное место в советской науке, появился интерес и к проблеме «улучшения» человека. Одним из самых активных исследователей стал генетик В.П. Эфроимсон. Это был человек с непростой судьбой. Будучи во второй половине 1940-х — начале 1950-х годов активным противником Т.А. Лысенко, он подвергался арестам, ему не давали работать по специальности [Ясман З.Д., 1999]. В 1948 г. он защитил диссертацию на соискание степени доктора биологических наук, но был лишен степени. Только в 1962 г. ВАК восстановил решение о присуждении ему докторской степени. Постепенная реабилитация генетики после смерти И.В. Сталина позволила вернуться в профессию, а бешенный общественный темперамент и независимость суждений превратили Эфроимсона в заметную фигуру научной и культурной жизни 1960–1970-х годов. Он активно сотрудничал с медиками. Так, ученый подготовил курс «Введение в медицинскую генетику», изданный в 1964 г. и переиздававшийся в 1968 г.

В.П. Эфроимсона интересовали проблемы наследственности человека и ее улучшения. В 1960-е годы (точную дату установить не удалось) им был подготовлен доклад «С чего началась человечность и что такое сверхгуманизм?». В нем он выступал за раннее развитие заложенных в человеке потенций, подчеркивая, что «осознание неисчерпаемого разнообразия наследственных потенций человечества, громадного значения их раннего развития, распознавания и предоставления возможности реализации — такова та программа, осуществление которой обеспечит любой нации лидерство. И величайшей угрозой человечеству станет монополия этого лидерства и злоупотребление им» [АРАН, Ф. 2024. Оп. 1. Ед. хр. 89. Л. 10]. Перспективы раскрытия этих потенций он сравнивал с атомной энергией, которая может быть использована как на благо, так и во вред [АРАН, Ф. 2024. Оп. 1. Ед. хр. 89. Л. 11].

В середине 1960-х годов Эфроимсон активно ратовал за возрождение евгеники. 20 сентября 1966 г. на заседании секции химико-технологических и биологических наук Президиума

АН СССР он сделал доклад «Практические и этические проблемы генетики человека». Анализируя перспективы применения негативной евгеники (использующей карательные методы в улучшении человечества), Эфроимсон категорически выступал против насильственных мер. С его точки зрения, возможны только медико-генетическое консультирование семей и ранняя диагностика генетических дефектов. Однако и позитивная евгеника должна применяться осторожно: «Все евгенические мероприятия должны учитывать права индивида, родившегося или неродившегося. Это выдвигает в качестве первоочередной задачи предоставление каждому индивиду возможности полной реализации его положительного генетического потенциала; это заранее сужает рамки позитивной евгеники...» [АРАН, Ф. 2024. Оп. 1. Ед. хр. 68. л. 2]. В заключение он подчеркивал, что ученые политики и социологи должны проявить величайшую осторожность для предупреждения генетических, эволюционных и социальных трагедий.

Работы В.П. Эфроимсона, посвященные проблемам евгеники, долгое время не публиковались в официальной печати. Поэтому ряд его работ вышли в самиздате, в частности в знаменитом самоиздатовском журнале Р. Медведева «Политический дневник» [Грэхэм Л.Р., 1991, с. 226].

Заметный резонанс вызвала его статья «Родословная альтруизма (этика с позиций эволюционной генетики человека)», опубликованная в 1971 г. в главном советском массовом интеллектуальном журнале «Новый мир» [Эфроимсон В.П., 1971]. В ней он доказывал, что альтруизм возникает из-за закона естественного отбора, поскольку предполагает выживание популяции, для чего и требуется самопожертвование. Стоит отметить, что такой взгляд заметно выбивался из стандартных для СССР подходов, постулирующих примат социального над биологическим.

Статья вызвала бурную полемику. Президент Всесоюзного общества генетиков и селекционеров им. Н.И. Вавилова академик Б. Астауров в целом поддержал Эфроимсона [Грэхэм Л.Р., 1991, с. 229]. Статья «Родословная альтруизма» стала толчком в публичной дискуссии о соотношении биологического и социального в развитии человека [Грэхэм Л.Р., 1991, с. 227–228].

В 1972 г. американским биохимиком П. Бергом и его сотрудниками была получена первая рекомбинантная ДНК. Это событие считается началом генной инженерии. Во всем мире начались дискуссии о том, можно ли путем генетического вмешательства совершенствовать человека. В 1975 г. в Калифорнии прошла Асиломарская конференция, посвященная возможным рискам, связанным с рекомбинантной ДНК. По ее итогам был объявлен мораторий на проведение экспериментов.

В СССР к потенциальным возможностям генной инженерии отнеслись неоднозначно. Быстро выделилось два противоположных лагеря. Биолог А.А. Нейфах призывал советскую власть активно использовать методы генетической инженерии для развития способностей своих граждан (в частности, пересадку ядер клеток). Особенно успешно такие подходы, по его мнению, будут реализовываться в совершенствовании творческих способностей человека [Фролов И.Т., Юдин Б.Г., 1986b, с. 52]. Кроме того, он призывал сохранять генетические комбинации выдающихся людей. Надо сказать, что призывы Нейфаха встретили скептическое отношение со стороны научного сообщества. Так, И.Т. Фролов и Б.Г. Юдин задавались вопросом: «Вправе ли мы вообще вмешиваться в природу и продлевать жизнь той генетической комбинации, которая должна была бы естественно умереть вместе с носителем? Вправе ли женщина вынашивать ребенка, генетически не своего? Как воспитывать таких детей — «близнецов»? Правомочно ли, в частности, сразу нацеливать их на определенную область занятий? Наконец, не может ли метод трансплантации ядер быть использован во зло человечеству? Не создадим ли мы какую-то избранную элиту и не приведет ли появление такой элиты к вытеснению людей, родившихся «обычным способом»?» [Фролов И.Т., Юдин Б.Г., 1986b, с. 51–52]. Тем не менее ряд ученых (например, А.А. Малиновский, В.П. Эфроимсон

и др.) высказались за осторожное использование таких методов при условии жесткого контроля [Фролов И.Т., 1979, с. 209–214].

Против активного использования генной инженерии выступал и известный советский генетик, академик Н.П. Дубинин. С его точки зрения, нужно развивать имеющийся потенциал человека, который во многом остается нереализованным [Дубинин Н.П. и др., 1982]. Сходной позиции придерживались академик АМН В.Д. Тимаков и член-корреспондент АМН Н.П. Бочков [Тимаков В.Д., Бочков Н.П., 1973]. Н.П. Бочков указывал, что избавление человечества от груза патогенных мутаций может негативно сказаться на работе генов [Современная наука и гуманизм, с. 14]. Категорически против использования генной инженерии выступал А.Ф. Шишкин [Шишкин А.Ф., 1979].

Против генетического вмешательства выступали и И.Т. Фролов и Б.Г. Юдин. По их мнению, такое вмешательство носит опасный характер. Не исключено, что генетика станет в руках диктатора (как это уже было при нацистах) инструментом контроля и репрессий. Кроме того, авторы, следуя марксистским постулатам, считали, что только социальные преобразования приводят к улучшению человека, а не генетические эксперименты [Фролов И.Т., Юдин Б.Г., 1986а]. Впрочем, И.Т. Фролов в принципе осторожно допускал применение методов генной инженерии в будущем, когда генетика достигнет должного уровня развития, а наши знания о генах станут достаточными [Фролов И.Т., 1975, с. 160–175].

По утверждению И.Т. Фролова, проблемы генной инженерии не всеми в СССР воспринимались серьезно: «...У нас не знали тогда, с чем это “есть”... Когда в 1978 г. у нас был опубликован большой сборник работ по проблемам генной инженерии, мою статью, в которой я выступал с критических позиций, просто выбросили из этого сборника. Сказали, что все разговоры об этических проблемах и опасностях, связанные с проведением генно-инженерных работ, — это “шум, поднятый на Западе, козни империализма”, что якобы это специально подброшено нам с целью затормозить у нас генно-инженерные работы, что вообще все это — “поповщина”» [Фролов И.Т., 2001b, с. 46].

В интервью ТАСС в 1982 г. И.Т. Фролов также указал на теоретическую возможность использования генной инженерии в будущем, но утверждал, что сейчас, в условиях «расколотого мира», это очень опасно, антигуманно и способно только принести беды [Фролов И.Т., 2001a].

Следует указать, что в СССР действовала Межведомственная комиссия по разработке правил безопасности работы с рекомбинантными ДНК, председателем которой был академик А.А. Баев. В 1978 г. появились временные правила, а в январе 1989 г. они были официально утверждены [<https://www.lawru.info/dok/1989/01/18/n1179346.htm>]. В обсуждении проблем регулирования экспериментов с генами активное участие принимал И.Т. Фролов и научный совет АН СССР по комплексной проблеме «Философские и социальные проблемы науки и техники». Но в отличие от комиссии А.А. Баева он не имел права непосредственно влиять на принятие решений в этой области [Грэхэм Л.Р., 1991, с. 262].

Тема генетического «улучшения» человека вызвала в СССР большой интерес среди ученых и философов. В этом смысле советская научная общественность не отставала от мировых тенденций. Однако дискуссии в Советском Союзе приобрели характерные для советского общества черты. В первую очередь необходимо отметить, что идея биологического совершенствования человека с помощью генной инженерии вряд ли могла получить серьезную поддержку, поскольку противоречила марксистским постулатам о примате социального над биологическим. В советской идеологии утвердилось представление, что только совершенствование социального строя способно улучшить человека. Разгром евгеники в 1930-е годы и ассоциация идей биологического «улучшения» человека с нацистскими преступлениями также стали серьезным препятствием. Значительный удар генетике в 1940-е годы был нанесен сторонниками

Т. Лысенко, что поставило ее фактически вне закона. Постепенная реабилитация генетики началась только в 1960-е годы. Отбиваясь от многочисленных критиков, обвинявших генетиков в приверженности к биологизму и проводивших параллели между генетикой и нацистскими экспериментами над людьми, советские генетики и философы науки были вынуждены уделять особое внимание этическим вопросам науки. В этом плане дискуссии о генной инженерии стали стимулом для развития отечественной биоэтики. Будучи приверженцами марксистской философии, они также с настороженностью относились к генной инженерии. И последнее. Все эти факторы, а также техническое отставание советской науки от передовой западной серьезно затормозили развитие генетических исследований в СССР.

БИБЛИОГРАФИЯ

- Архив Российской академии наук (РАН). Ф. 2024.
- Безопасность работы с рекомбинантными молекулами ДНК. Санитарно-противоэпидемические правила. — <https://www.lawru.info/dok/1989/01/18/n1179346.htm> (февраль, 2021).
- Грэхэм Л.Р. Естествознание, философия и науки о человеческом поведении в Советском Союзе. — М.: Политиздат, 1991. — 480 с.
- Дубинин Н.П., Карпе И.И., Кудрявцев В.Н. Генетика, поведение, ответственность. — М.: Политиздат, 1982. — 304 с.
- Кременцов Н.Л. От «звериной философии» к медицинской генетике: евгеника в России и Советском Союзе // Историко-биологические исследования. — 2014. — Т. 6(2). — С. 25–54.
- Михель И.В. Биоэтика в контексте истории: философские исследования биоэтического движения. — Саратов: Саратовский государственный технический университет, 2015. — 248 с.
- Современная наука и гуманизм // Вопросы философии. — 1973. — № 3. — С. 3–15.
- Тимаков В.Д., Бочков Н.П. Социальные проблемы генетики человека // Вопросы философии. — 1973. — № 6. — С. 59–69.
- Тихонов В.В. «Вправе ли мы вообще вмешиваться в природу...»: дискуссии о генной инженерии в позднем СССР // В сб.: История России с древнейших времен до XXI века: проблемы, дискуссии, новые взгляды / Международная научно-практическая школа-конференция молодых ученых. 8–9 октября 2019 г. — М., 2019. — С. 366–371.
- Фролов И.Т. Генная инженерия и этика науки // В кн.: Академик Иван Тимофеевич Фролов: Очерки. Воспоминания. Материалы / Под ред. В.С. Степина. — М.: Наука, 2001. — С. 419–422.
- Фролов И.Т. О науке // В кн.: Академик Иван Тимофеевич Фролов: Очерки. Воспоминания. Материалы / Под ред. В.С. Степина. — М.: Наука, 2001. — С. 40–49.
- Фролов И.Т. Перспективы человека. — М.: Политиздат, 1979. — 336 с.
- Фролов И.Т. Прогресс науки и будущее человека. — М.: Политиздат, 1975. — 224 с.
- Фролов И.Т., Юдин Б.Г. Этика науки: Проблемы и дискуссии. — М.: Политиздат, 1986. — 399 с.
- Фролов И.Т., Юдин Б.Г. Этические аспекты биологии. — М.: Знание, 1986. — 64 с.

- Фукуяма Ф. Наше постчеловеческое будущее. Последствия биотехнологической революции. — М.: АСТ, 2004. — 349 с.
- Шишкин А.Ф. Человеческая природа и нравственность. — М.: Мысль, 1979. — 272 с.
- Эфроимсон В.П. Родословная альтруизма (этика с позиций эволюционной генетики человека) // Новым мир. — 1971. — № 10. — С. 34–56.
- Юдин Б.Г. Трансгуманизм: сверхгуманизм или антигуманизм // В кн.: Биоэтика и гуманитарная экспертиза / Под ред. Ф.Г. Майленовой. — М.: ИФРАН, 2013. — С. 10–24.
- Юдин Б.Г. Человек: выход за пределы. Этика и методология науки; философия технауки; гуманитарная экспертиза; биоэтика как практический философский проект; проблемы «улучшения» человека. — М.: Прогресс-традиция, 2018. — 472 с.
- Ясман З.Д. Сражавшийся генетик (Материалы В.П. Эфроимсона в ГИМ) // Труды государственного исторического музея. — М.: ГИМ, 1999. — Вып. 119. — С. 314–328.

Возобновление сотрудничества советских и китайских врачей в 1980-е годы в контексте международной ситуации

О.С. Нагорных

70-летие образования Китайской Народной Республики и 70-летие установления дипломатических отношений Китая и России в 2019 г. дали основание для исследований и новых обновленных оценок исторического прошлого двух стран в контексте изменившихся международной ситуации, политического климата, межкультурных связей. Современное состояние российско-китайских отношений и инициативы руководителей двух государств показывают, что на новом этапе стратегическое партнерство стран продолжит укрепляться. История двусторонних отношений демонстрирует, что Советский Союз стал первой державой, признавшей новый юридический статус Китайской Народной Республики. Российский дипломат, чрезвычайный и полномочный РФ в КНР А. Денисов в своей речи указал на важность стабилизации отношений стран: «В 2019 г. мы будем отмечать важную дату — 70-летие установления дипломатических отношений с Китаем. Это знаковое событие, особенно если вспомнить, что наша страна признала молодую Китайскую Народную Республику на второй день после ее образования» [<http://www.interfax.ru/interview/645268>]. При этом он заявил, что «...отношения деидеологизированы, основаны на принципах взаимного уважения и равноправия, политического и военного доверия, невмешательства во внутренние дела друг друга» [<http://www.interfax.ru/interview/645268>]. Таким образом, в политике и международных отношениях отмечается новый формат сотрудничества, в котором равноправие должно отличаться доверительным и конструктивным характером [Лузянин С.Г., 2018]. Динамика развития российско-китайских отношений сегодня заставляет ученых обратиться к истории сотрудничества двух стран [Нагорных О.С., Шок Н.П., 2019]. Некоторые китайские историки также отмечают необходимость нового взгляда и оценки не просто Советского Союза, а совместной истории, приближаясь к более объективным суждениям относительно дружбы, конфликта и возобновления сотрудничества [Cheng Z., 2019, с. 136].

В общем контексте становления мировой системы социализма в XX в. поиск различных форм научно-технического сотрудничества приобретал исключительное значение для всех стран, строящих социалистическую модель социализма.

С начала 1950-х годов Советский Союз начал оказывать вновь образованной Китайской Народной Республике многостороннюю военную, кадровую, финансово-экономическую, научно-техническую помощь, что, безусловно, помогло КНР ускоренно преодолеть внутривнутриполитические и внешнеполитические трудности и начать интенсивный путь развития [Воскресенский А.Д., 2004; Галенович Ю.М., 2007]. В июле — августе 1960 г. в силу целого комплекса причин началось охлаждение в отношениях двух стран [Зими́на И.С., 2011; Дорохов В.Ж., 2017]. Политическая ситуация второй половины 1960–1970-х годов указала на напряженность отношений двух стран, а китайское руководство убедилось в невозможности сотрудничества с новым советским руководством во главе с Л.И. Брежневым в деле создания единого «антиимпериалистического фронта». Несмотря на этот факт, делегации врачей продолжали направляться Министерством здравоохранения СССР в КНР. Последняя командировка была организована на рубеже 1966–1967 гг., причем пребывание советской делегации совпало с событиями 26 января 1967 г., когда власти КНР организовали осаду советского посольства в Пекине отрядами китайской революционно настроенной молодежи — «цзяофаней». В принципе это стало окончательным рубежом изменения характера политики советского правительства в отношении

работающих в Китае своих специалистов: 18-дневная осада показала серьезную опасность работы советских специалистов и дипломатов в КНР, гарантировать безопасность которых стало затруднительно.

Возобновившиеся командировки советских врачей и ученых в середине 1980-х годов отражали стремление к урегулированию межгосударственных отношений с КНР и расширению советско-китайского сотрудничества. Несмотря на тот факт, что нормализация отношений Москвы и Пекина оформилась в ходе официального визита М.С. Горбачева в Китай только в мае 1989 г., уже с 1986 г. были сформированы делегации советских врачей для поездок в КНР. Основными требованиями к сотрудникам, выезжающим в КНР для обмена опытом по линии научно-технического сотрудничества, стали знание английского языка, профессиональная компетентность, политическая грамотность, дружелюбие, готовность активно соучаствовать в дискуссиях о международном положении, пропаганде миролюбивой политики СССР, знание о перестройке советского народного хозяйства и здравоохранения [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 51. Д. 4452. Л. 76]. Во время пребывания в КНР советские врачи получали 80 % оклада в качестве заработной платы в юанях, а 20 % инвалютного оклада — в рублях после возвращения в СССР. При этом сохранялись обязательные членские взносы КПСС и профсоюза [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 51. Д. 4452. Л. 77].

Анализируя материалы Государственного архива Российской Федерации (ГАРФ) фонда Министерства здравоохранения СССР, можно отметить приоритеты поездок советских врачей по линии международных технических связей с учетом интереса и запросов китайской стороны и определить границы сфер научных интересов.

Во-первых, установление научно-технического сотрудничества и подписание договоров в области гигиены и профилактики инфекционных заболеваний, что оставалось одной из важнейших проблем в 1980-е годы в Китае. В ходе командировок поднимались вопросы о целесообразности заключения договоров о двустороннем научном сотрудничестве в области вирусологии [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 51. Д. 4996. Л. 105], а также о продолжении изучения гигиены труда и профессиональных заболеваний [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 51. Д. 4996. Л. 112].

При этом особое место занимала организация служебных научных командировок с целью эпидемиологического изучения особо опасных и мало известных вирусных заболеваний человека и СПИДа. Учитывая большую протяженность границ КНР и СССР и отсутствие научной информации об исследованиях, проводимых китайскими вирусологами в области эпидемиологии особо опасных возбудителей для человека, в т. ч. ВИЧ, представляло интерес выяснить распространение этих вирусов в различных провинциях Китая и пополнить Всесоюзную государственную коллекцию вирусов Министерства здравоохранения СССР новыми штаммами, изолированными в СССР, а также клеточными культурами, необходимыми для культивирования этих вирусов. Не было полной информации о направлении исследований в КНР в области особо опасных вирусов, включая ВИЧ. Также серьезными угрозами были периодически возникающие эпидемии энцефалита, отмеченные преимущественно на юге страны с 1976 г. Согласно отчету советских специалистов, командированных в КНР в июле — августе 1987 г., в КНР ведется постоянный контроль за вспышками болезни, а в 1986 г. был организован Китайский национальный комитет по борьбе со СПИДом, возглавляемый Министерством здравоохранения КНР. Куратором выступал профессор Ценг, который сообщил делегации, что «в КНР в настоящее время обследовано 10 000 человек, из них 3000 моряков в Шанхае на наличие антител к вирусу СПИД» [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 51. Д. 3200. Л. 76]. Прочитанная старшим научным сотрудником, кандидатом медицинских наук Института вирусологии им. Д.И. Иванковского АМН СССР Э.В. Халецкой лекция «Достижения советской вирусологии и внедрение их в практику советского здравоохранения» в Пекине и Шанхае [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 51. Д. 3200. Л. 77] затра-

гивала актуальные для КНР вопросы таких заболеваний, как гепатит, ротавирусные инфекции, грипп.

Во-вторых, отдельным направлением можно считать обмен опытом в сфере микробиологии с научно-исследовательскими учреждениями КНР. В связи с тем, что в Китае научные исследования по проблеме безопасности микробиологических пестицидов и их гигиеническому регламентированию только начинались, страна обратилась к СССР с просьбой прочитать лекции по микробиологическому методу защиты растений и его гигиенической оценке для заимствования опыта СССР в этой области. В ходе работы советской делегации в январе 1987 г. были прочитаны необходимые лекции («Безопасность микробиологических пестицидов и перспективы их применения») [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 51. Д. 3200. Л. 44], составлен проект договора о дальнейшем сотрудничестве, который был передан на рассмотрение в советское посольство в Пекине [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 51. Д. 3200. Л. 48]. Практическое применение данных научных знаний должно было урегулировать некоторые сельскохозяйственные сложности растениеводства страны.

В-третьих, сохранялись актуальность и научно-практический интерес советских клиницистов в продолжении изучения опыта традиционной китайской медицины в целом и метода иглорефлексотерапии и прижигания в частности. В ходе пребывания советских врачей в медицинских центрах и клинических больницах КНР для них были организованы стажировки по применению методов традиционной китайской медицины в различных направлениях. Например, в период работы сотрудников Рижского медицинского института в 1988–1989 гг. затрагивалась тема «Использование китайской традиционной медицины в инфекционной патологии и гепатологии» [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 51. Д. 4452. Л. 66]. При этом доцент кафедры инфекционных болезней Рижского медицинского института Л.М. Вискна отмечала: «Одним из направлений современной медицины является разработка и применение неинвазивных и немедикаментозных методов терапии... необходимо более основательно изучить философские основы китайской традиционной медицины и расширить возможности обучения советских специалистов для укрепления истинно восточного направления среди наших специалистов» [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 51. Д. 4452. Л. 68]. В задачи стажировки входило обязательное овладение философскими основами китайской традиционной медицины в области диагностики и лечения внутренних болезней. Были поставлены задачи разработать принципы лечения заболеваний печени и желчных путей на основе китайской традиционной медицины [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 51. Д. 4452. Л. 72]. Методы иглотерапии и прижигания предполагалось также применять при ревматических заболеваниях после стажировки сотрудника ревматологического отделения по изучению проблем воспаления Института ревматологии АМН СССР в КНР по линии Госкомитета по народному образованию СССР Н.В. Аникиной в 1988–1989 гг. [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 51. Д. 4452. Л. 113], изучалась иглотерапия в лечении алкоголизма, наркомании в период научной стажировки сотрудника отделения новых методов и средств лечения алкоголизма ВНЦ наркологии А.М. Барина [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 51. Д. 4452. Л. 128]. По данным известного эндокринолога, профессора П.Н. Бодиара, в середине 1980-х годов в Китае функционировало 54 научно-исследовательских института китайской народной медицины [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 51. Д. 3803. Л. 43].

В-четвертых, в сложной международной обстановке и стремлении СССР в рамках концепции «нового политического мышления» нормализовать отношения с КНР было необходимо создать правильный образ страны среди китайского населения. Несмотря на сохранившиеся за Советским Союзом преимущества в социальной сфере, в частности бесплатности и равнодоступности квалифицированной медицинской помощи населению, образ страны утрачивал черты той привлекательности, которая была присуща ей в 1950–1960-е годы. В связи с этим

советские медицинские работники в период пребывания в Китае регулярно проводили беседы по вопросам медицинской науки и здравоохранения в СССР, пропагандистские мероприятия «Движение советских врачей и ученых за мир», «Миролюбивая внешняя политика СССР» [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 51. Д. 3200. Л. 45], «Миролюбивая политика Советского Союза в отношении с народами других стран», «Участие советских врачей в борьбе против ядерного оружия» [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 51. Д. 3803. Л. 76], организацию и проведение конкурса «Знаете ли вы СССР?» на вечер советско-китайской дружбы [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 51. Д. 4452. Л. 11]. В период командировки советских врачей в 1986–1987 гг. были прочитаны три лекции студентам факультета русского языка Харбинского медицинского университета на темы: «О реформах высшей и средней школы в свете решения XXVII съезда КПСС», «О достижениях советской медицины и задачах института усовершенствования врачей в подготовке и оказании помощи практическому здравоохранению» [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 51. Д. 3200. Л. 54]. На встречах и беседах с профессорско-преподавательским составом медицинского университета пропагандировалась миролюбивая политика КПСС и советского правительства по теме «Значение советских мирных инициатив в разоружении». Советские врачи отмечали: «Заметно вырастает интерес к русскому языку среди студентов, преподавателей и сотрудников университета. В разговоре с руководством факультета русского языка выражалась заинтересованность в советских специалистах, а также в обмене сотрудниками Харбинского университета и нашими медицинскими институтами» [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 51. Д. 3200. Л. 55].

Таким образом, установившиеся контакты способствовали дальнейшему продолжению научно-технического сотрудничества в сфере медицины между СССР и КНР, прервавшиеся в 1970-е годы. Китайская сторона, несмотря на установленные технические контакты с США, ФРГ, Японией в 1970-е годы, остро нуждалась в союзнике из социалистического лагеря. Вопросы, связанные с эпидемиями, борьбой с инфекционными заболеваниями, разработками в области онкологии, не теряли своей актуальности и в 1980-е годы. Были утверждены направления дальнейших совместных исследований в области изучения состояния здоровья населения в связи с влиянием факторов окружающей среды, разработки методологических основ изучения реальной нагрузки на человека и др. Важное место среди направлений медицины продолжала играть и традиционная китайская медицина [http://www.china.org.cn/chinese/2017-01/17/content_40120942.htm], которая активно привлекала советских врачей и создавала условия для совместного диалога.

В настоящее время стратегическое партнерство стран активно сопровождается налаживанием совместных проектов в сфере биомедицины. Современное состояние коллаборации представляет собой совершенно новый этап взаимодействия государств, динамика которых обнаруживается с 2012–2013 гг. [Wu J., 2019, с. 102]. Одновременно с этим важным направлением использования Китая политики «мягкой силы» стала и традиционная китайская медицина [Кокорев К.А. и др., 2019, с. 25]. В феврале 2016 г. Госсовет КНР опубликовал Стратегический план по развитию традиционной китайской медицины (2016–2030), который должен будет повысить статус традиционной китайской медицины до уровня национальной стратегии [<http://russian.china.org/en/news/tcmwp>].

Очевидно, что подобный курс руководства КНР является не просто перспективным и прибыльным экономическим проектом, но и выступает важным инструментом «мягкой силы» Китая, который активно усиливается в последнее десятилетие.

БИБЛИОГРАФИЯ

- Воскресенский А.Д. Китай и Россия в Евразии. История динамики взаимовлияния. — М.: Муравей, 2004. — 600 с.
- Галенович Ю.М. Российско-китайские отношения (конец XIX — начало XXI вв.). — М.: ИДВ РАН, 2007. — 271 с.
- Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ).
- Дорохов В.Ж. Пограничный конфликт СССР и КНР: политический аспект // Современная научная мысль. — 2017. — № 2. — С. 91–100.
- Зимина И.С. Вооруженный конфликты на советско-китайской границе в 60–70-е гг. // Мат-лы конференции «Россия и Китай: история и перспективы сотрудничества» 10–12 июня 2011. — Благовещенск, Хэйхэ, 2011. — С. 28.
- Кокорев К.А., Комиссина И.Н., Сведенцов В.Л. Политика «мягкой силы» Китая в Азии // Проблемы национальной стратегии. — 2019. — Т. 3(54). — С. 11–67.
- Лузянин С.Г. Россия–Китай: формирование обновленного мира. — М.: Весь мир, 2018. — 328 с.
- Нагорных О.С. Возобновление сотрудничества советских и китайских врачей в контексте международной ситуации // Мат-лы Всероссийской научной конференции, посвященной 150-летию со дня рождения В.И. Ленина (25–26 апреля 2020 г., Нижний Новгород) / Под ред. А.В. Грехова, А.Н. Фатенкова. — М.: Аквилон, 2020. — С. 266–275.
- Нагорных О.С., Шок Н.П. Россия и Китай в ракурсе глобального здравоохранения: передача биотехнологий или трансфер этоса? // В кн.: Социально-гуманитарное познание: методические и содержательные параллели / Под ред. А.В. Грехова, А.Н. Фатенкова. — М.: Аквилон, 2019. — С. 297–312.
- Посол России в КНР: российско-китайское сотрудничество — стабилизирующий фактор в нынешнем турбулентном мире. — <http://www.interfax.ru/interview/645268> (февраль, 2021).
- Cheng Z. New China's view of Russia (Soviet Union) // Мат-лы Международной научной конференции «Отношения между Россией и Китаем: прошлое, настоящее, будущее». — М.: НИИ истории, экономики и права, Хэбэйский педагогический университет, Финансовый университет при Правительстве РФ, 2019. — С. 134–141.
- Traditional Chinese Medicine in China. — <http://russian.china.org/en/news/tcmwp> (февраль, 2021).
- White Paper: Traditional Chinese Medicine in China. — http://www.china.org.cn/chinese/2017-01/17/content_40120942.htm (февраль, 2021).
- Wu J. A new stage of Sino-Russian relations: Xi Jinping's recent visit to Russia and his attendance at St. Petersburg economic forum // Мат-лы Международной научной конференции «Отношения между Россией и Китаем: прошлое, настоящее, будущее». — М.: НИИ истории, экономики и права, Хэбэйский педагогический университет, Финансовый университет при Правительстве РФ, 2019. — С. 100–110.



ГЛАВА III

СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ АСПЕКТЫ БИОЭТИКИ И ПЕРСПЕКТИВЫ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Философский дискурс биоэтики

Н.П. Шок, А.П. Щеглов, Б.С. Соложенкин

Известно, что биоэтика — это часть медицинской науки, которая имеет не только естественно-научное, но и гуманитарное измерение. Более того, гуманитарные исследования в интересах медицины конкретизируются в направлении биоэтики как междисциплинарной области исследований. В то же время биоэтика в решении тех или иных медицинских проблем сталкивается с серьезными затруднениями: для естественного ума непознаваема именно сущность жизни. Должны ли мы после этого думать, что законы разума, стремящегося к истине, и воли, стремящиеся к благу, иначе говоря, законы логики и морали составляют нечто однородное с физическими законами «неба и земли»? Здесь возникает серьезная дилемма: если жизнь, психические проявления, представляют собой материальную субстанцию, пусть даже тончайшую и невидимую, то биоэтика должна исходить из законов материального (физического) мира. Это один подход. Иное положение — это когда человеческая жизнь имеет не только физическое измерение, но и некое метафизическое духовное наполнение. В связи с этим существует множество подходов к определению понятия биоэтики: от трактовки как свода правил и принципов правильного поведения врача до ее понимания как раздела философского знания о принципах и основаниях морали и нравственности в медицинской профессии [Ashcroft R.E. et al., 2007; Beauchamp T.L., Childress J.F., 2012; Campbell A.V., 2013].

Сегодня всю совокупность этических проблем, касающихся медицины, принято связывать с понятием биоэтики¹. В современной литературе биоэтика понимается не только в контек-

¹Впервые термин «биоэтика» использовал немецкий протестантский пастор Фриц Яр (1895–1953) в 1927 г. В 1926 г. он выдвинул саму концепцию биоэтики. В противовес категорическому императиву Канта Ф. Яр сформулировал биоэтический императив, требующий уважительного отношения не только к человеку, но и к животным и растениям. В 1969 г. этот термин употребляется американским онкологом и биохимиком В.Р. Поттером для обозначения этических проблем, связанных с возможностью выживания человечества в современном технологическом мире.

сте медицинской практики и прямого взаимодействия врача и пациента, но и в самом широком контексте этических положений [Campbell A.V., 1995; Mepharm B.T., 2008; Singer P.A., Viens A.M., 2008]. В первом случае можно говорить о практических проблемных сферах современной медицины, таких как эвтаназия и прерывание беременности, генная инженерия, пересадка органов, испытание лекарственных препаратов и др., имеющих отношение к этическим аспектам применения современных технологий в медицине, организации системы здравоохранения и принятия врачебных решений. Во втором случае под биоэтикой можно понимать профессиональную этику врача, который должен руководствоваться в своей работе определенными принципами. И наконец, в наиболее широком значении биоэтика представляет собой сферу этических вопросов, касающихся представлений о здоровье и справедливости, а также возможности человека распоряжаться своим телом и жизнью [Engelhardt H.T. Jr., 2000; Daniels N., 2008; Moskop J.C., 2016].

Основная проблема, возникающая при определении как самого понятия «биоэтика», так и предмета ее изучения, состоит в отвлеченном характере нравственных и этических представлений [Jonsen A.R., 1998]. С одной стороны, медицина, безусловно, предстает как конкретная естественная наука. Она связана с миром физических, природных феноменов, что дает возможность строго обозначать явления, происходящие в реальности. С другой стороны, медицина соприкасается с духовными проявлениями жизни человека. Если исключить взаимосвязь этих двух составляющих медицинской науки, то в одном случае медицина превращается в чистую эмпирию, а в другом — в бесплодные рассуждения, не имеющие отношения к естественной (природной) действительности.

Медицина как наука не только исследует человеческое тело на предмет здоровья и болезни, но и пытается обнаружить взаимосвязь двух противоположных сущностей человеческого существования: физического и психического [Murphy E.A., 1997; Warburton N., 2012]. В отличие от природной необходимости, которая везде одна и та же, законы, обычаи, нравы и представления людей разнообразны и изменчивы. То или иное медицинское решение может быть совершенно различным у разных народов, культур, поэтому биоэтика сталкивается с проблемой обоснования того или иного выбора [Arras J.D., 1991; Macklin R., 1998]. Например, допустимо ли насилие над немногими людьми с целью получить научные результаты, которые помогут многим? Как соотнести вред от совершенного насилия с пользой полученного знания? Может ли врач солгать пациенту ради его пользы? Долг врача говорить правду, но если это знание подтолкнет пациента к необдуманным действиям? Похожие вопросы можно задавать и далее, но ключевым здесь является ответ, как должен поступить врач в достаточно тяжелой в нравственном смысле ситуации. Что здесь главное: нравственные установки, определяющие медицинские действия, или субъективные поступки врача, создающие и оправдывающие новые моральные установки по отношению к здоровью и жизни пациента? И именно здесь возникает уже упомянутый конфликт между врачебной практикой и этическими теориями. В этике невозможна такая же точность, какая свойственна, например, математике, но в то же время мораль, нравственность не могут быть приблизительными и отвлеченными, т. к. речь идет о жизни и здоровье человека.

О сути биоэтики

Для того чтобы в какой-то степени осмыслить связь взаимоисключающих оснований, составляющих предмет исследования биоэтики, необходимо установить непосредственные начала, определяющие сущность (οὐσία), главные теоретические свойства и отличительные черты биоэтической проблематики, и лишь затем перейти к исследованию совокупности практических свойств, составляющих сам предмет биоэтики. Следовательно, в самых общих чертах

необходимо изучить, что представляет собой предмет биоэтики, каков объем его возможностей. Каким образом это явление относится к объекту своего воздействия? Когда возможно или необходимо применение биоэтики? В каком виде она необходима? Какие действия она совершает, чтобы достичь своей цели? Каким инструментарием она обладает и как она влияет на объект своего воздействия?

Согласно современным западным исследователям Р. Гарнеру и Б. Розену, существует три уровня биоэтических вопросов: 1) каково значение моральных понятий и суждений, 2) какова природа моральных суждений, 3) как можно обосновать моральные суждения. Вопрос первого рода, например, определяет, что означают понятия «хороший», «плохой», «правильный», «неправильный». Вторая категория включает вопросы о том, являются ли моральные суждения универсальными или относительными, однозначными или плюралистическими. Вопросы третьего рода состоят, например, в том, откуда мы знаем, что хорошо, а что плохо, и можно ли это знать вообще. Гарнер и Розен утверждают, что все три рода вопросов не являются независимыми и ответ на один из них подразумевает достаточно определенные ответы на остальные [Garner R.T., 1967].

На наш взгляд, чтобы иметь более ясное представление о сущности указанных вопросов и о понятии биоэтики, необходимо вначале обратиться к самому термину «биоэтика», который позволяет нам говорить о структуре изучаемого предмета. Данный термин состоит из соединения двух древнегреческих слов. Первое — «биос» (βίος), что обозначает не просто жизнь как состояние, а именно как образ жизни, т. е. то, что происходит с живым существом в процессе жизни, каким образом и в каких отношениях оно существует во временной повседневности. Второе — «этос» (ἦθος) имеет несколько значений: первое — это место, где кто-то (или что-то) находится; второе — навык, обычай, привычка; третье — душевный склад, натура, характер. Таким образом, если соединить два древнегреческих термина вместе, то жизнь понимается как навык или обычай, присущий той или иной культуре.

Нужно отметить, что термин «жизнь» в классической греческой литературе обозначается двумя словами «βίος» и «ζωή», по-видимому происходящими от общего корня. Несмотря на то, что значения этих слов взаимно пересекаются, между ними можно провести смысловое различие. Слово «βίος» тесно связано с описанием образа жизни человека, а также с понятием протяженности жизни в хронологическом смысле. Следовательно, данный термин указывает на установленные характеристики определенной жизни в том смысле, когда один человек как личность отличается от другого. Само понятие жизни (βίος) позволяет осмысливать человеческое существование одновременно и как проходящий временной процесс, и как стремление к тождественности созерцающей и чувствующей деятельности, как сознательный жизненный выбор. Кроме того, жизнь в значении βίος неразрывно связана с тем обществом, в котором обитает человек, и подчинена общественному закону.

Напротив, термин «ζωή» в самом широком смысле обозначает непосредственно сам факт жизни независимо от того, говорим ли мы о жизни человека, богов или животных и растений (Aristotle. Degener. animal. II 1. 732a, III. 11. 762a). Под этим словом прямо понималась деятельность живых организмов, научное рассмотрение которых в наше время происходит в границах биологических наук. Уже со времен Гомера глагол «ζῶειν» используется для описания самой непрерывности жизни (Homer. II. XXIV 558, I. 88, Idem. Od. XXIV. 263). Понятие «жизнь» в таком случае — это устойчивая противоположность смерти, поэтому ζωή может отождествляться с душой (Homer. II. XXII 161; Plat. Phaed. 105d-e). Другими словами, ζωή — это непрерывно продолжающееся бытие во враждебном жизни материальном мире, а βίος — это конкретная длительность жизненного процесса внутри жизни как сущности (Plat. Timeaus. 44c). Поэтому βίος — это отдельный элемент вечного бытия жизни, которой наделяется любое живое существо. Это то, что Плутарх обозначил как «βίος жизни (ζωή)» [Plutarch, 1928].

В философском и научном смысле анализ понятия «жизнь» имеет три основных смысла: жизнь как состояние, противопоставляемое смерти, жизнь как деятельность, заключающая в себе движение и изменение, и жизнь как определенная и условная длительность, хронологический отрезок между началом жизни и ее завершенностью в природном космосе. Другими словами, жизнь есть особая, трудно определяемая способность к самостоятельному совершенствованию и развитию. Отсюда следует, что жизнь как ζωή является стержнем, на который нанизывается каждая конкретная и конечная жизнь — βίος. Если рассуждать в философских понятиях, то ζωή — это вечная жизнь сама по себе, не допускающая собственного уничтожения; напротив, βίος — это конкретная жизнь отдельного живого индивидуума, постоянно преодолевающая собственные пределы и в этом преодолении находящая свое подлинное бытие. Таким образом, ζωή находит свое воплощение во множественности личных форм βίος, придавая индивидуальному существованию значение большее, чем она представляет собой в природном космосе.

Жизнь как общее явление и жизнь — как конкретное всегда остаются непроницаемыми для разума, поскольку представляют некую соразмерность жизни, но в то же время не поддающуюся эмпирическому постижению. Жизнь существует в форме, но не ограничивается ей, а структура жизни предстает как взаимоотношение действующего и возможного. Таким образом, можно заметить, что индивидуальная жизнь живого существа находит свое воплощение и местопребывание не только в форме человеческого тела, но и в психической и социальной жизни человеческой личности.

Дилемма биоэтики

Существует традиция относить историю биоэтики к временам Гиппократу и его знаменитой клятвы [Campbell A.V., 2013]. Наряду с античной врачебной практикой существенный вклад в становление принципов современной биоэтики внесло развитие биологии в XVIII–XIX вв., открытия которой вошли в противоречие с религиозными представлениями, а также события Второй мировой войны, связанные с военными преступлениями против человечности, совершенными не только военными, но и врачами, проводившими эксперименты над людьми. Эти события поставили под вопрос традиционные представления о безусловной гуманности медицинской профессии и возможности профессионального сообщества собственными силами контролировать работу врача, соблюдение им этических принципов. Использование людей в качестве подопытных оказалось настолько распространенным в «цивилизованном и гуманном» мире, что стало основанием для широкой общественной дискуссии об этических принципах медицинских исследований [Parrworth M.H., 1967]. Помимо необходимости противодействия сомнительным медицинским исследованиям история развития биоэтики связана также с огромными успехами медицинских технологий, которые способны творить чудеса, спасая жизнь в самых сложных и еще недавно безнадежных случаях благодаря, например, возможности трансплантации органов или протезирования [Teel K., 1975; Arras J.D., 2009; Moskop J.C., 2016]. В результате стали возникать центры исследования проблем биоэтики, привлекающие к сотрудничеству врачей, а также юристов, социологов и философов, которые сегодня совместно обсуждают проблемы здравоохранения как общественного института.

Довольно скоро стало очевидно, что проблемы биоэтики невозможно решить только с помощью правового регулирования медицинской деятельности как в силу невозможности унификации национальных правовых систем, так и вследствие сложности и многогранности этических проблем. Здесь уместно вспомнить слова русского философа Н. Бердяева: «Нужно признать аксиомой, что закон бессилен изменить человеческую природу и не может разрешить никакой индивидуальной нравственной задачи» [Бердяев Н., 2006, с. 127]. В ситуации сложно-

сти принятия правового и медицинского решений основной задачей биоэтики является точное установление фактического положения дел в той или иной спорной ситуации. Эта задача решается в формате независимой научной экспертизы, которую могут взять на себя специалисты по биоэтике, выполняющие функцию арбитра при обсуждении спорных ситуаций и использующие при этом достоверную информацию.

Не менее значимой может быть роль биоэтики в формировании «клинической мудрости» — особого отношения к пациенту со стороны врача, понимающего неспособность осознавшего угрозу своему здоровью человека принять ответственное решение. Здесь демонстрируется невозможность сведения отношений врача и пациента к отношениям равноправных продавца и покупателя. В процессе предоставления медицинских услуг возникает ряд коллизий, требующих привлечения биоэтики, которая позволит врачу понять и учесть уязвимую позицию пациента, который не может принять рациональное решение о своем лечении или лечении своего ребенка и нуждается в поддержке и понимании. Таким образом, врач не оказывает услуги и не продает здоровье, а принимает на себя обязательства, за которые несет ответственность, а не только получает вознаграждение. Поэтому для биоэтики важно не только знание ученых-экспертов, но и участие практикующих врачей, понимающих потребности и трудности своих пациентов.

Многофакторность вопросов, изучаемых биоэтикой, требует привлечения не только экспертов-медиков, но и ученых-гуманитариев, которые могут дать оценку политическим, социальным, экономическим и культурным аспектам обсуждаемых проблем. Однако одним из наиболее важных для биоэтики моментов является философский анализ существующих моральных и этических проблем, который может привести в соответствие действительное и необходимое, фактическое и должное [Garner R.T., 1967; Arras J.D., 1991]. Биоэтика пытается постичь истину о нравственном начале в человеческом бытии, которую трудно, а подчас и невозможно, высказать и значение которой ускользает от «узких» специалистов, заключенных в границы рациональности и алгоритмов. В целом существует два направления биоэтики [Engelhardt H.T. Jr., 2000; Itlis A.L., Cherry M.J., 2010]. Первое — это рассмотрение различных биоэтических проблем с религиозной, метафизической и трансцендентной точек зрения (условно метафизическое). В основе данного подхода лежит убеждение, что человек неокончательно законоположен физической природой и обществом, но в нем есть скрытая метафизическая свобода, представляющая собой нечто необъяснимое с точки зрения законов физики, которая может быть не осознана человеком.

Второе, противоположное понимание биоэтики исходит из представления о человеке как существе исключительно природном и социальном (условно материалистическое). В рамках этого подхода человек объективирован наличием физического тела и универсальностью безграничной окружающей его природы, а его природным инстинктам придается абсолютное значение. Отсюда вырабатывается взгляд на человека как на исключительно ограниченное социальное существо. В связи с этим достаточно часто биоэтика рассматривается только как стадия гиперсоциализации, в которой биологическое начало перестает восприниматься как основа жизни и человек как бы растворяется в социальном начале. Таким образом, оба направления биоэтики говорят об одном и том же предмете исследования — человеке, но предлагаемая ими биоэтическая оценка происходит в плоскости различных смыслов, что в конечном итоге приводит к разным выводам. Отношение между этими противоположными взглядами и является одной из центральных проблем биоэтики. Таким образом, наша задача состоит в определении некоторых концептуальных контуров каждого из описанных типов.

Этические проблемы в медицине основаны на серьезных противоречиях: между долгом и выгодой, между частными обязательствами и универсальной моралью (любовь к семье

и близким — любовь к своему народу — любовь к человечеству), а также между обоснованием морали и мотивацией нравственного поведения. При этом современный человек все более ощущает свою автономность. Личность, которая не ценит ничего, кроме самой себя, начинает ставить во главу угла возможность самостоятельно формировать свою жизнь, и ценность свободы получает абсолютный приоритет. Таким образом, возникает независимая либеральная мораль, стремящаяся навязывать анархические нормы членам общества. В свою очередь, биоэтика, построенная сугубо на субъективных началах, попадает в ловушку проблемы индивидуального страдания и смерти, где роль медицины сводится к предоставлению временного облегчения участи больного.

Материалистический подход в биоэтике характеризуется не только наличием морального плюрализма и разрозненными этическими практиками, приземленными с помощью формальных практических действий, но и конечной морально-нравственной дезориентацией. В рамках рациональной морали все рассматривается как лишенное высшего смысла, как пришедшее ниоткуда и уходящее в никуда. В пределах личного опыта нет ничего, что можно было бы сказать об истинном значении вещей, которые существуют за гранью реальности бытия человека. В условиях отсутствия надежды на какую-либо трансцендентность человек становится мерой всех вещей, появляются разные соперничающие друг с другом системы измерения и ранжирования человеческих качеств. Полные последствия такого положения дел все еще в значительной степени не осознаются, т. к. они ставят под сомнение такие доминирующие в настоящее время светские добродетели, как человеческое достоинство и права человека, путем снижения требований к централизованному характеру морали, права и общественной политики. Если «метафизическая» биоэтика предполагает свободу воли, создание свободной и критически мыслящей личности, то «материалистическая» (или «механическая») биоэтика отвергает любое наличие сознательного действия, рассчитывает «запрограммировать» человека, руководствуясь только его физиологией.

«Материалистическая» биоэтика, с одной стороны, отрицает возможность морального вмешательства в свободный выбор людей, но при этом по сути берет на себя функцию абсолюта, контролируя поведение людей, навязывая им представление о том, что физиологическое начало является единственной основой жизни. Отсюда задача биоэтики в рамках данного подхода — найти наиболее точные и общезначимые суждения по дискуссионным вопросам медицинской этики, которые являются убедительными и обязательными для людей с самыми разными убеждениями, с точки зрения человека как некоего биологического механизма. В таком случае человеческая личность рассматривается либо как механическая единица, либо как изолированная, но в то же время самодостаточная биологическая машина. Подобный взгляд на человека выводит его из-под власти любой нравственной традиции. Личность, которая не дорожит ничем, кроме самой себя, начинает ставить во главу угла возможность самостоятельно формировать свою жизнь, и ценность иллюзорной свободы получает абсолютный приоритет. Таким образом, возникает новая квазимораль, стремящаяся навязывать определенные этические нормы членам общества. Появляется так называемая космополитическая (либеральная) биоэтика, требующая от людей быть автономными, самоопределяющимися индивидами. Все остальные взгляды расцениваются в таком случае как признак ложного сознания. Подобный подход не предполагает разрешения конфликтов на основе добровольного согласия сторон, т. к. во главу угла ставится принцип полной свободы и автономии личности, а все прочие точки зрения не имеют права на существование.

Таким образом, популярные сегодня интеллектуальные основы рационального способа мышления, восходящего к либеральной традиции философии, во многом проникают в дискурс биоэтики. В данном случае, как утверждал Н. Бердяев, общество становится носителем

и охранителем нравственного закона. Однако в рамках данного подхода, когда декларируется социальное происхождение нравственности, исчезает возможность увидеть первоисточник истины и глубокого смысла нравственного закона, нравственного выбора человека, в т. ч. и в медицине. Налицо его четкие границы. Подобный подход в биоэтике, взятый сам по себе, интересуется добром и справедливостью, но не интересуется жизнью, человеком, миром, не учитывает глубину нравственной жизни личности, его нравственного опыта и борьбы [Бердяев Н., 2006, с. 141–142]. В результате человеческие представления незаметно рационализируются и становятся частью хорошо обдуманного механизма, преследующего вполне определенные цели: заменить оригинальность и неповторимость человеческой личности на специфический, рационально построенный механизм. В этом случае человек из существа разумного превращается в человека рационального (*homo rationalisticus*), совершающего переоценку всех жизненных ценностей. В обществе плоское морализаторство и принцип механической причинности ведут к преобладанию в сознании чистого рационализма, который всегда выступает источником деспотии, т. к. его сущность заключена в утрате всяких корней и в установке на собственную абсолютизацию, на торжество изменчивой и конечной наличности. Вместе с тем, как уже отмечалось, одним из фундаментальных начал биоэтики является образ жизни человека в определенных социальных и исторических условиях. Образ жизни в первую очередь предполагает понимание смысла и ценности человеческой жизни. Человек принадлежит к двум мирам и одновременно включает их в себя: он не только существо, живущее в мире природы и социума, он всегда выходит за их пределы.

Современная идеология либерального космополитизма подразумевает принцип свободного информированного согласия, который лежит в основе современной системы здравоохранения. Действительно, если врач и пациент не разделяют общих моральных убеждений, кроме принципа автономного самоопределения личности, то патерналистская модель отношений уже не может работать, и чтобы принять автономное решение, пациент должен обладать всей полнотой информации. Проблема в том, что принцип автономного самоопределения рассматривает своего рода идеальный объект, не существующий в действительности: реальный пациент всегда в той или иной мере сбив с толку, обременен проблемами, что существенно ограничивает возможность свободного и здорового выбора. В современном мире, по мнению Х. Энгельгардта, произошло то, что можно объяснить с помощью кантианской метафоры: общество веры было трансформировано в сообщество разума, а царство благодати стало царством причины [Engelhardt H.T. Jr., 2000]. Основное современное убеждение в том, что все люди морально связаны друг с другом без общего исповедания религиозной веры, культурного происхождения или общего нравственного мировоззрения, приводит не к единству взглядов, а к моральному плюрализму и релятивизму ценностей, где не существует никакой конкретной универсальной светской морали. Напротив, современная культура характеризуется сложными вопросами морали, множеством вероятных ответов и признанием, что не существует никакого надежного способа сделать рациональный выбор между ними. Каждый человек остается со своими собственными субъективными установками.

Поиск универсальной морали в современном обществе сводится к желанию навязать всем любое из многочисленных альтернативных представлений о морали и процветании человеческого духа. В таких теориях идеальный наблюдатель, или группа выбирающих ту или иную концепцию, должен быть проинформирован о различных возможных вариантах и быть беспристрастным при оценке интересов каждого, не переходя на сторону ни одной из участвующих сторон. Однако, как утверждает Х. Энгельгардт, наблюдатель не может быть настолько незаинтересованным или беспристрастным, чтобы не отдавать предпочтение определенным результатам перед другими при принятии решения. В современном мире моральные требо-

вания превращаются в конкретные обязательства в рамках определенных нравственных понятий, становясь элементами какой-либо одной из многочисленных и конкурирующих систем понимания нравственности.

Как мы видели, существующий горизонт мнений по вопросам биоэтики крайне неоднороден, происходит постоянное столкновение разных мировоззрений, а также различных религиозных и этических концепций. Фундаментальные этические правила различаются у разных культур, поэтому на первое место выходят вечные и неизбывные ценности. По этой причине, исходя из представления о том, что является ценным для той или иной группы людей определенного культурного сообщества, мы можем выносить суждения о предполагаемой моральной и врачебной пользе, которую мы намерены получить в результате нашего выбора. Вместе с тем проблематично рассуждать о субъективных ценностях отдельно взятого человека. Поддержка высших ценностей оказывается действительной целью, к которой устремлены на первый взгляд чисто прагматические поступки. Все это устанавливает возможность для расширения философского дискурса биоэтики, который, в свою очередь, не может расширяться бесконечно. Сложность состоит в том, чтобы привести все многообразие дискурсов, а также употребляемых в них понятий, к определенному единству.

БИБЛИОГРАФИЯ

- Бердяев Н. О назначении человека. — М.: АСТ, 2006. — 479 с.
- Шок Н.П., Щеглов А.П., Соложенкин Б.С. Философский дискурс биоэтики // Философия науки. — 2018. — Т. 4(79). — С. 166–180.
- Arras J.D. Getting down to cases: the revival of casuistry in bioethics // Journal of Medicine and Philosophy. — 1991. — Vol. 16. — P. 29–51.
- Arras J.D. The hedgehog and the Borg: common morality in bioethics // Theoretical Medicine and Bioethics. — 2009. — Vol. 30. — P. 11–30.
- Ashcroft R.E., Dawson A., Draper H. et al. (eds.) Principles of Health Care Ethics. — London: John Wiley & Sons, 2007. — 864 p.
- Beauchamp T.L., Childress J.F. Principles of Biomedical Ethics. — New York: Oxford University Press, 2012. — 480 p.
- Campbell A.V. Bioethics. The Basics. — New York: Routledge, 2013. — 188 p.
- Campbell A.V. Health as Liberation: Medicine, Theology and the Quest for Justice. — Cleveland: The Pilgrim Press, 1995. — 162 p.
- Daniels N. Just Health Care: Meeting Health Needs Fairly. — Cambridge: Cambridge University Press, 2008. — 410 p.
- Engelhardt H.T. Jr. The Foundations of Christian Bioethics. — Salem: M & M Scrivener Press, 2000. — 436 p.
- Garner R.T. Moral Philosophy: A Systematic Introduction to Normative Ethics and Meta-ethics. — New York: Macmillan, 1967. — P. 215.
- Griffin J. Value Judgement: Improving Our Ethical Beliefs. — Oxford: Clarendon Press, 1997. — 192 p.
- Itlis A.L., Cherry M.J. (eds.) At the roots of Christian Bioethics. Critical essays on the thought of H. Tristram Engelhardt Jr. — Salem: M & M Scrivener Press, 2010. — 337 p.
- Jonsen A.R. The birth of Bioethics. — New York: Oxford University Press, 1998. — 448 p.

- Macklin R.* Ethical relativism in a multicultural society // Kennedy Institute of Ethics Journal. — 1998. — Vol. 8. — P. 1–22.
- Mepham B.T.* Bioethics: An Introduction for the Biosciences. — Oxford: Oxford University Press, 2008. — 418 p.
- Moskop J.C.* Ethics and Health Care. An introduction. — Cambridge: Cambridge University Press, 2016. — 376 p.
- Murphy E.A.* The logic in Medicine. — Baltimore: The John Hopkins University Press, 1997. — 511 p.
- Pappworth M.H.* Human Guinea Pigs: Experimentation on Man. — London: Routledge and Kegan Paul, 1967.
- Plutarch.* Consolatio ad Apollonium. 114d // In: Plutarch's Moralia / Ed. by F.C. Babbitt. — Cambridge, 1928. — Vol. 2. — P. 108–210.
- Singer P.A., Viens A.M.* (eds.) The Cambridge Textbook of Bioethics. — Cambridge: Cambridge University Press, 2008. — 553 p.
- Teel K.* The physician's dilemma: a doctor's view — what the law should be // Baylor Law Review. — 1975. — Vol. 27(1). — P. 6–9.
- Warburton N.* Philosophy: The Basics. — London: Routledge, 2012. — 200 p.

От биоэтики светской к биоэтике христианской: о значении наследия Х.Т. Энгельгардта в России

Н.П. Шок

Специальный выпуск «Христианская биоэтика: идеи и перспективы» посвящен идеям американского профессора Хьюго Тристрама Энгельгардта, который создал интеллектуальную головоломку с названием «Христианская (православная) биоэтика». Его взгляды невозможно исследовать линейно, используя оптику только одной дисциплины. Сложно не только классифицировать его идеи, но и осмыслить его наследие в целом. Например, может возникнуть соблазн свести наиболее поздние его концепции к категориям, отражающим политическую риторику западных культурных войн: «фундаментализм», «секта», «культ» и др. Однако это ловушка мышления, стремящегося привычным способом объяснить сложное явление, подогнав его под существующие рамки. По словам профессора Энгельгардта, его академический путь — полная противоположность другим в биоэтике, т. к. это переход от секулярного западного взгляда к православию¹. Другой гранью головоломки является тот факт, что идея «православной биоэтики» была сформулирована американским профессором, не только сформировавшимся в традициях академических дискуссий США и Западной Европы, но и глубоко погруженным в теологические споры западного христианства. Данное обстоятельство может дополнительно осложняться вопросами: о каком православии идет речь в работах Х.Т. Энгельгардта, на чьи идеи он опирался, а также о месте православия и роли школы Энгельгардта в американском биоэтическом дискурсе.

Безусловно, формат статьи не подразумевает детальные ответы на все вопросы. Наш тематический блок в некотором смысле призван представить понятие христианской биоэтики Энгельгардта как дополнение к уже существующему в России понятию биоэтики секулярной.

Современная биоэтика эклектична, ее проблемное поле постоянно расширяется (нейроэтика, этика окружающей среды, феминистская биоэтика, этика искусственного интеллекта и др.). Энгельгардт утверждал, что биоэтика — это элемент посттрадиционного характера многих обществ. Вместе с тем он затруднялся определить полный набор компетенций, которые характеризовали бы специалиста по биоэтике [Fox R.C. et al., <https://repository.library.georgetown.edu/bitstream/handle/10822/557030/EnglehardtHT.pdf?sequence=4&isAllowed=y>]. Классическое издание, посвященное истории биоэтики, определяет биоэтику как «систематическое исследование различных моральных аспектов — морального видения, решений, поведения и политики — в науках о жизни и здравоохранении, с использованием различных этических методологий в междисциплинарном формате» [Reich W.T., 1995]. Данный подход подразумевает внимание ко всем сферам человеческой культуры, в т. ч. и к религии, а также имеет прикладное значение не только для интеллектуальной истории, но и для понимания современных социальных процессов.

Данный тематический блок, задуманный 2 года назад, начал осуществляться в 2020 г. с началом пандемии COVID-19, когда в публичном пространстве выявилась связь сюжетов медицины и религии в условиях глобальной социальной неопределенности. Например, в России активность медиа в публичном пространстве, вынужденная изоляция и цифровая трансформация, коснувшаяся как церковной жизни, так и медицины, привели, с одной стороны, к воз-

¹См. подробнее его интервью в рамках проекта по истории американской биоэтики Acadia Institute Bioethics Interview Collection, реализованного при участии Джорджтаунского университета (Вашингтон, США) [<https://repository.library.georgetown.edu/bitstream/handle/10822/557030/EnglehardtHT.pdf?sequence=4&isAllowed=y>].

врату привычных социальных паттернов, активизации дискурса «конфликта науки и религии»², а с другой — обнаружили несформированность практик и аналитических инструментов биоэтики, как секулярной, так и религиозной. Х.Т. Энгельгардт известен российским ученым, занимающимся биоэтикой, однако системно эволюция его идей и вклада в развитие российского дискурса не исследовалась. Данный раздел представляет также работы двух его учеников, которые сегодня занимают ведущие позиции в американской биоэтике: профессоров Аны Илтис и Марка Черри³. Мы также публикуем работы российских ученых, раскрывающие отдельные сюжеты истории биоэтики, демонстрирующие современные медицинские вопросы в религиозном измерении российского православия, в сравнении с другими христианскими конфессиями, освещающие отдельные сюжеты европейской биоэтики в историческом ракурсе (Германия) и в современных дебатах по вопросам начала жизни (Франция).

Школа православной биоэтики Энгельгардта, созданная в США путем соединения элементов посттрадиционной культуры (биоэтики), опыта западной моральной теологии с идеями и практиками православия и отцов церкви, в России не была должным образом осмыслена ни в кругах theologов, ни в кругах религиоведов, философов или ученых, ассоциирующих себя с проблемным полем биоэтики. Отчасти это обусловлено сложностью вопросов, которые необходимо исследовать. Например: как и почему православная биоэтика появилась в США, а не в традиционно православной России? Ответ на этот вопрос тесно связан с последствиями истории церкви в советское время. Другой вопрос: насколько востребованы могут быть идеи Энгельгардта в современной России? Здесь важно понять особенности развития биоэтики в России, как секулярной, так и христианской, место которых в публичном пространстве отличается от американского⁴. Так или иначе, идеи Энгельгардта важно сочетать с изучением социокультурных и исторических особенностей рецепции биоэтики в позднесоветском и постсоветском академическом и социальном пространствах.

История биоэтики: причем здесь теология?

Известно, что биоэтика как исследовательское поле впервые появилась именно в качестве аспекта академической и общественной дискуссии в конце 1960-х — начале 1970-х годов в США⁵. В книге «Рождение биоэтики» Альберт Джонсен систематизировал историю биоэтики США вплоть до 1987 г., после чего, по его мнению, биоэтика не только стала более интенсивно развиваться, но и во многом обогатилась новыми направлениями, а интересы американских биоэтиков постепенно смещались от вопросов автономии пациента к вопросам социальной справедливости [Jonsen A.R., 1998].

Биоэтика как интеллектуальный продукт американской культуры имеет свои особенности. Джонсен не утверждает, что первые работы по биоэтике следует относить к теологической литературе, однако книга обозначает роль теологии, ее соотношение с философией в истории биоэтики. Современные биоэтики, стоявшие у истоков развития направления в США, были представителями не только разных научных школ, но и разнообразных религиозных взглядов [Jonsen A.R., 1998, p. vii–viii]. На начальном этапе их вклад был связан с переосмыслением традиций этической мысли, как профессиональной (медицинской), так и религиозной. Отмечается, что католическая и протестантская традиции стали понемногу вступать в диалог в 1960-е годы

² Подробнее об этой концепции см., например: Брук Дж.Х., 2004; Ferngren G.B., 2002.

³ Марк Черри — профессор философии и прикладной этики, главный редактор основанного в 1995 г. Х.Т. Энгельгардтом журнала «Christian Bioethics» (Oxford University Press), возглавляет Общество христианской (православной) биоэтики в США. Ана Л. Смит Илтис — президент Американской ассоциации биоэтики и гуманитарных наук (более 1800 членов), директор одного из ведущих исследовательских центров Center for Bioethics, Health and Society в Университете Уэйк Форрест (Wake Forest University), США.

⁴ См., например: Курленкова А.С., 2013; Kubar O., Yudin B., 2015.

⁵ См., например: Van Potter R., 1970; Van Potter R., 1971; Pellegrino E., 1979; Reich W., 1994.

на фоне активизации экуменического движения. Несмотря на различие католической и протестантской традиций во взглядах на власть церкви, в деталях анализа и решения моральных проблем, они привнесли в биоэтику мудрость в отношении моральной жизни и рассуждения о моральном поведении [Jonsen A.R., 1998, p. 3–41]. По мнению А. Джонсена, теологи в отличие от философов говорят о морали не абстрактно, а имеют в виду определенные сообщества, ищущие правильный образ жизни.

Свой взгляд предлагает один из основоположников американской биоэтики Роберт Витч⁶, полагающий, что в биоэтике люди с религиозной точкой зрения — это не теологи. Профессор, относящий себя к либеральным методистам, отмечает, что иногда трудно различить религию и этику. Биоэтика в США, по его мнению, возникла как альтернатива этике, созданной врачами. Исследователи религиозной этики, заинтересованные в медицине, разработали прикладные концепции, частью которых стала биоэтика⁷. Кафедры философии не оказывали никакого влияния на биоэтику в США. Именно индивидуалистические протестантские представления (в частности, концепция всеобщего священства) обосновали базовые принципы биоэтики (например, автономии и информированности пациента), ставшие отправной точкой исследований в начале 1970-х годов. К концу 1970-х годов внимание ученых стали привлекать этика и политика в здравоохранении, особенно вопросы справедливого распределения ресурсов. Сегодня, отмечает Р. Витч, биоэтика более эклектична, т. к. профессиональное сообщество в США стало более многочисленным.

В свою очередь, другой известный биоэтик, основатель влиятельного независимого исследовательского центра The Hastings Center, Дэниел Каллахан (в прошлом католик) отметил, что наиболее поразительным изменением в биоэтике с ранних этапов ее развития была секуляризация. Биоэтика возникла, по его словам, «во время изобилия социальных утопий в культуре, которая экспериментировала с огромным количеством вновь обнаруженных прав и возможностей индивидуальной свободы» [Callahan D., 2010]. Это происходило в контексте национальной истории США, где шла длительная борьба за то, чтобы найти верное место религии в публичном пространстве. В то же время медицина демонстрировала комбинацию теоретических и клинических достижений с непривычно сложными моральными дилеммами. В середине 1960-х годов в биоэтике доминировали теологические идеи или медицинская традиция, в значительной мере проникнутая религиозными идеями. И хотя теологи внесли существенный вклад в развитие биоэтики, но все же их внимание больше занимали вопросы глобального мира, проблема бедности и расовый вопрос, потому к концу 1970-х годов языком биоэтики стала аналитическая философия. Многие, кто имел строгие религиозные убеждения раньше, к этому моменту от них отказались. К последним относил себя и Д. Каллахан. Он писал: «Если мне не нужна религия в моей частной повседневной жизни, то зачем она нужна биомедицине для ее коллективной морали?» [Callahan D., 2010].

К этому времени биоэтические вопросы стали привлекать внимание общественности, судов, законодателей и СМИ. Философы и юристы стали лидерами этих исследований, а медики, вовлекаясь в эти дискуссии, старались придать им такие форматы, чтобы избежать религиозных войн. Философы и юристы, между тем, не рассматривались врачами как союзники, но они были предпочтительнее theologов (особенно тех, кто исходил из партикулярных, сектантских

⁶ Профессор Роберт Витч (Robert Veatch) был директором крупнейшего центра биоэтики Kennedy Institute of Ethics в Джорджтаунском университете (Вашингтон, США), основанном в 1971 г., который до сих пор является ведущим исследовательским центром по биоэтике. Подробнее о нем см.: <https://keneddyinstitute.georgetown.edu/news-events/remembering-robert-m-veatch-phd-1939-2020/>.

⁷ Подробнее см. интервью Р. Витча в рамках проекта по истории американской биоэтики «Acadia Institute Bioethics Interview Collection» [<https://repository.library.georgetown.edu/bitstream/handle/10822/557053/VeatchR1.pdf?sequence=6&isAllowed=y>].

позиций). Специально созданные федеральные комиссии в США, определившие развитие биоэтики⁸, не собирались враждовать с религией, но пытались обойти ее. Вне зависимости от того, какое место религия занимала в частной жизни, она не рассматривалась как ресурс для формирования публичной политики. Каллахан связывает это со скрытым страхом по отношению к религии как к источнику глубоких, неразрешимых моральных конфликтов и политического давления.

Как следствие стремительной секуляризации Каллахан отмечает серьезную неудовлетворенность биоэтикой, с которой столкнулись ученые в начале 1990-х годов, когда она окончательно перешла от доминирования религиозных и медицинских традиций к опоре на философские и правовые концепции. Он охарактеризовал этот тренд как «запугивание религии», которая или перестала «говорить своим голосом», или оказалась в положении, что ее «голос» касался только конкретных религиозных сообществ [Callahan D., 2010, p. 18]. Иными словами, религиозные убеждения мыслились как сугубо личные. Среди негативных последствий сложившегося в биоэтике секулярного дискурса Каллахан отмечает: 1) слишком большое внимание закону как источнику морали, когда язык судебных решений стал единственным общепринятым дискурсом, в котором важнее помнить о том, что запрещено, чем о том, что правильно; 2) намеренное игнорирование мудрости и знаний, накопленных веками в религиозной традиции при решении моральных дилемм; 3) человек находился в затруднительном положении, представляя себя в равной степени и продуктом своих персональных моральных убеждений, и частью более широкого общества, для которого характерен моральный плюрализм [Callahan D., 2010, p. 19–20]. Это обеспечило формирование публичного дискурса, поощрявшего секулярные темы, такие как универсальные права, индивидуальное самоопределение и систематическое отрицание общего или трансцендентного блага.

Идеи Х.Т. Энгельгардта связаны с некоторой волной разочарования и кризиса биоэтики в США, когда многим ученым стало очевидно, что создание универсального нейтрального морального консенсуса невозможно. Энгельгардт говорит о том, что успех секулярной биоэтики был связан с плюрализмом религиозных подходов к пониманию морали и биоэтики, что создало все условия для необходимости поиска «мирного способа» урегулирования разногласий, которые не могли быть сняты в споре религий [Engelhardt H.T., 1996, p. 7–16]. Секулярный подход предпринял попытку универсализировать мораль, сделав из нее в соединении с правом «процедурную мораль» [Engelhardt H.T., 1996, p. 40–42; Callahan D., 2010, p. 19–20]. «Процедурная мораль» и право создали условия для развития биоэтики и ее политизации, т. к. с ее помощью государству было удобно решать вопросы публичной политики и здравоохранения.

Как все это соотносится с российским дискурсом биоэтики? В конце 1980-х — начале 1990-х годов понятие «биоэтика» было «импортировано» в позднее и постсоветское общество, что не означало усвоения этических принципов и полной интеграции с международным сообществом на фоне национальной историко-культурной специфики. Переход от использования газвания «медицинская этика» к менее профессиональному термину «биоэтика» был симптомом постпрофессионального характера медицины в США⁹. Медицинская профессия в России тоже стала объектом публичной политики государства в раннее советское время.

⁸ Национальная комиссия по защите участников биомедицинских и поведенческих исследований (The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1974–1978)), Президентская комиссия по изучению этических проблем в медицине и биомедицинских и поведенческих исследованиях (The Presidential Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, 1978–1983), Belmont Report (1974) и др.

⁹ Речь идет о том, что развитие медицины вышло из-под непосредственного влияния врачей как профессиональной группы, получив более широкое социальное, экономическое и политическое измерения [Engelhardt H.T., 2000, p. 17–18].

Отличие состояло в том, что на первый план выдвигался долг перед обществом, тогда как не было идеи прав пациента и отсутствовали рыночные механизмы организации здравоохранения, как в США. Попытка медиков отвоевывать у государства некую автономию в разработке профессиональной этики привела к рождению термина «медицинская деонтология» в рамках идеи долга, базового элемента коммунистической морали, которая отражала особое значение профессии врача для общества и государства [Петров Н.Н., 1956]. Таким образом, в позднесоветское время биоэтика сразу была представлена секулярным философским дискурсом в отличие от постепенной секуляризации в США. Только в 2000 г. Русская православная церковь сформулировала свою социальную доктрину, где появился термин «биоэтика», смысловое наполнение и подходы к которому отдельно не уточнялись¹⁰. Любопытно, что хронологически это совпало с появлением книги Энгельгардта «Основы христианской биоэтики» [Engelhardt H.T., 2000].

Хьюго Тристрам Энгельгардт и его история биоэтики: штрихи к научной биографии

Х.Т. Энгельгардт и его наследие представляют собой неординарное явление в истории не только американской, но и мировой биоэтики. Это вызвано как тем, что он входит в число основоположников идей и концепций биоэтики, так и его глубоким междисциплинарным взглядом на обстоятельства становления и развития биоэтики как исследовательского поля. Его научная деятельность тесно связана с Европой: на разных этапах своей карьеры он много времени проводил в Италии и Германии, был последователем континентальной философии и историком медицины. На более поздних этапах своей карьеры он тесно контактировал с китайскими и японскими учеными. В отечественной специальной литературе присутствуют лишь отдельные упоминания о работах Энгельгардта, единичные ссылки на книгу «The Foundation of Bioethics», перевод одной из его статей [Тищенко П., 2008а, 2008b, 2010; Энгельгардт Х.Т., 2008; Кетова Т.Н., 2015] и интервью [https://www.miloserdie.ru/article/bioetika-otvety-na-slozhnye-voprosy]. Краткий обзор-интерпретация А.А. Парнары содержания книги «The Foundation of Christian Bioethics» опубликован на одном из православных онлайн-порталов [https://bogoslav.ru/article/4863036]. Наибольший интерес у философского сообщества вызвала идея Энгельгардта о «множественности», обосновывающая невозможность существования универсальной биоэтики, приемлемой для всех. Представителей богословских дисциплин в России больше интересовали поздние идеи профессора, связанные с осмыслением биоэтики в ракурсе православия. Однако ни одна из его книг не переведена на русский язык, хотя многие его издания существуют на нескольких европейских и азиатских языках. Таким образом, в российской историографии речь идет о несистематическом обращении отдельных авторов к некоторым идеям Энгельгардта разных лет. Его интеллектуальный путь — от формирования теоретических основ биоэтики в ракурсе континентальной философии и истории медицины, развития американского биоэтического дискурса, а также глубокая личностная трансформация, повлиявшая на его религиозные и научные взгляды, которая определила появление христианской биоэтики основанной на православии, — все это не было исследовано.

В этой связи особый интерес представляет научная биография Энгельгардта. Однажды в интервью [Fox R.C. et al., https://repository.library.georgetown.edu/bitstream/handle/10822/557030/EngelhardtHT.pdf?sequence=4&isAllowed=y] он отметил, что его работа в области биоэтики всегда в каком-то смысле «звучала двумя голосами» и продолжает таковой оставаться. Пол Шотсманс так охарактеризовал Энгельгардта: «Он был чрезвычайно религиозным (даже очень консервативным) и в то же время чрезвычайно секулярным...» [Shotsmans P., 2018]. «The Journal

¹⁰ См., например: <http://www.patriarchia.ru/db/text/419128.html>; Афанасьев Э.В., 2001.

of Medicine and Philosophy» (созданный в 1976 г. совместно с Эдмундом Пелегрино¹¹) отражает его «светский голос»; в нем предпринята попытка продемонстрировать разнообразие светских взглядов на нравственность. Эти идеи получили развитие в опубликованной в 1996 г. книге «The Foundations of Bioethics», которую «The New England Medical Journal» назвал «одной из наиболее замечательных книг, возникших в области биоэтики» [Knush G., 1996]. В своем журнале профессор Энгельгардт старался следовать принципам мирного сосуществования разных дискурсов в условиях морального плюрализма. Он уделял особое внимание особенностям языка медиализации, которые демонстрировали, насколько отличаются ценности, конструирующие в различных обществах медицинскую практику и биоэтику [Engelhardt H.T., 1996, p. 189–239]. Вместе с тем он отмечал, что плюрализм делает невыносимо затруднительными дискуссии об этике [Engelhardt H.T., 1996, p. 3–8].

Другой «голос» Энгельгардта — христианская биоэтика. Он считал его особенным, т. к. мог разделить эти идеи с теми, кого считал «морально близкими» или «моральными друзьями». В 1995 г. при участии Oxford University Press был создан специализированный межконфессиональный журнал «Christian Bioethics. Noncumenical Studies in Medical Morality», в котором публикуются разные христианские точки зрения в отношении значения человеческой жизни, сексуальности, страданий, болезней и смерти в контексте медицины и здравоохранения¹². Журнал стремится не затушевывать различия, существующие внутри христианства, а скорее подчеркивать содержательные моральные убеждения, которые не только разделяют, но и помогают формировать моральную основу медицинской этики. Как пояснял сам профессор: «Эти различия глубоко расходятся с надеждой Просвещения на единое видение и единую мораль» [Fox R.C. et al., <https://repository.library.georgetown.edu/bitstream/handle/10822/557030/EngelhardtHT.pdf?sequence=4&isAllowed=y>]. Помимо своей долгой карьеры педагога и ученого Х.Т. Энгельгардт также редактировал серию книг «Философия и медицина» и работал в упомянутом выше Центре Гастингса. Судьба и биография Х.Т. Энгельгардта представляет собой отдельный интерес не только с точки зрения историко-научного подхода, но и с точки зрения понимания эволюции взглядов и их соединения на разных этапах с теологией, философией, историей и медициной в ракурсе биоэтики. Отдельные сюжеты его научной биографии помогают представить глубокую комплексную культурную трансформацию, происшедшую в результате падения христианского мира и признания будущего за «западным морально-философским проектом»¹³.

Хьюго Тристрам Энгельгардт родился в 1941 г. в «очень южной семье», в Новом Орлеане, где его отец, врач, преподавал в Медицинской школе Тулейнского университета (Tulane University). Он вырос в Хьюстоне, штат Техас, где к тому моменту жили уже шесть поколений его семьи. Как отмечают его коллеги, профессор Энгельгардт говорил на техасском немецком диалекте, как его отец и дед. Как вспоминал сам профессор, «его предки сохранили немецкую культуру, и в последние 165 лет часто бывали в Европе» [Fox R.C. et al., <https://repository.library.georgetown.edu/bitstream/handle/10822/557030/EngelhardtHT.pdf?sequence=4&isAllowed=y>]. Он рос среди книг на разных языках, в окружении изданий Канта, Гете, Лейбница, Шиллера. Он

¹¹ Эдмунд Пелегрино — врач, один из отцов-основателей биоэтики, председатель Президентского совета по биоэтике в 1990-е годы, основатель Центра клинической биоэтики в Джорджтаунском университете, который стал называться его именем в 2013 г. (Edmund D. Pellegrino. Center for Clinical Bioethics).

¹² В специальном номере впервые публикуются переводы статей этого журнала ввиду наличия у приглашенного редактора данного номера, которая также является членом-экспертом Американской ассоциации биоэтики и гуманитарных наук (ASBH), партнерских научно-исследовательских проектов со школой профессора Энгельгардта и его учениками.

¹³ Термин «западный морально-философский проект» Х.Т. Энгельгардт использует для обозначения сложности и гетерогенности моральной философии Запада и множественности ее повесток [Engelhardt H.T., 2017, p. 44].

воспитывался в католических традициях его семьи. Вместе с тем со стороны его матери были протестанты, а часть предков отца были «республиканцами», которые, по воспоминаниям самого профессора, «отправлялись в Париж, чтобы обезглавить дворян и повесить священников, и в этом очень строгом смысле были республиканцами XVIII и XIX веков» [Fox R.C. et al., <https://repository.library.georgetown.edu/bitstream/handle/10822/557030/EngelhardtHT.pdf?sequence=4&isAllowed=y>, p. 4]. Впоследствии он учился в католической средней школе, управляемой сестрами из Доминиканского ордена, многие из которых прибыли из Европы. Как отмечал он сам, его воспитали скорее как «секулярного католика» [Fox R.C. et al., <https://repository.library.georgetown.edu/bitstream/handle/10822/557030/EngelhardtHT.pdf?sequence=4&isAllowed=y>, p. 64], который при первой возможности посещал мессы.

Его отец, специалист в области внутренних болезней, как и другие коллеги-врачи, интересовался историей идей в медицине так же сильно, как и клинической практикой. Х.Т. Энгельгардт обожал науки о жизни и медицину. Как отмечал он сам, в студенчестве он был «логическим позитивистом» и стремился стать настоящим ученым. В 1960-е годы он находился под большим впечатлением от работ Нобелевского лауреата (1959) А. Корнберга, получившего награду за открытие синтеза ДНК, так называемого синтеза жизни в пробирке. Это очень вдохновляло Х.Т. Энгельгардта во время его обучения в Медицинской школе Тулейнского университета. Он также работал в отделении неотложной помощи в Благотворительном госпитале в Новом Орлеане. Этот медицинский опыт, как отмечает Т.Дж. Боул, оказал влияние на видение им человеческой природы «на грани жизни и смерти» [Itlis A.L., Cherry M.J., 2010].

В 1966 г. Х.Т. Энгельгардт принял решение отойти от изучения медицины и направился в аспирантуру по философии в Университет Техаса в Остине. Он стремился найти ответ на главный вопрос, характерный для кантовской антропологии: что есть человек? В 1969 г. он получил докторскую степень по философии и после защиты диссертации провел год в Бонне на небольшой католической кафедре, где активно сотрудничал с Клаусом Хартманном, кантианцем Готфридом Мартином и Томасом Лукманом. В центре исследований Энгельгардта было Просвещение, философия Канта и период пост-Просвещения, которые он изучал в ракурсе истории философии и истории медицины. Затем он вернулся в Тулейнский университет (Техас), где стал проводить исследования по истории медицины с Джоном Даффи, получив степень доктора медицины в 1972 г.

С 1973 г. он стал заниматься исследованиями в области биоэтики, работая в масштабном проекте — первом издании «Encyclopedia of Bioethics», инициированном в крупнейшем центре по биоэтике Kennedy Institute of Ethics Джорджтаунского университета¹⁴. Его первые работы восходили к философии И. Канта, Г. Гегеля и Э. Гуссерля, что позволило ему изучить фундаментальные проблемы эпистемологии и категориальной теории. Изучение работ врачей и исследования в области истории медицины привели его к работам в области истории и философии медицины, в особенности изучению медицинских объяснений понятий здоровья и болезни [Caplan A. et al., 1981]. В работе «Concept of Health and Disease Reading» были не только объединены конкретные типы научных объяснений этих категорий, но и систематизированы разнообразные формы морального дискурса. Его идеи также вошли в эссе по заказу Национальной комиссии по защите прав субъектов в биомедицинских и поведенческих исследованиях [Engelhardt H.T., 1978]. Как отмечал позднее сам Энгельгардт, в начале своей карьеры в биоэтике он наивно

¹⁴ Историческую ценность первого издания «Энциклопедии биоэтики» невозможно переоценить. Область биоэтики росла и развивалась так быстро, что редакторы понимали, что издание должно помочь создать «снимок» литературы и анализа того времени. См.: Overview. Encyclopedia of Bioethics. Kennedy Institute of Ethics, Georgetown University, 2015. — <https://bioethics.georgetown.edu/library-materials/digital-collections/publications-of-the-national-reference-center-for-bioethics-literature/encyclopedia-of-bioethics/> (февраль 2021).

был увлечен «принципиалистской» концепцией биоэтики (авторы Т. Beauchamp и J. Childress¹⁵), которую позднее критиковал [Engelhardt H.T., 2002, 2003].

Впоследствии Энгельгардт занимал ряд важных академических позиций в ведущих центрах США и Европы (Школа медицины в Джорджтаунском университете, Институт этики Кеннеди, Университет Райса, Медицинский колледж Бейлора, Центр медицинской этики и политики здравоохранения Техасского медицинского центра). В этот период профессор Энгельгардт критически исследовал диапазон и возможности секулярного нравственного знания¹⁶. Он постепенно сталкивался с природой морального плюрализма, который определяет нерелигиозную мораль, и пересматривал все свои предыдущие взгляды. В 1988 г. Энгельгардта пригласили на год в Институт перспективных исследований в Западном Берлине, где он работал над томом по биоэтике и секулярному гуманизму [Fox R.C. et al., <https://repository.library.georgetown.edu/bitstream/handle/10822/557030/EngelhardtHT.pdf?sequence=4&isAllowed=y>].

Важным этапом была работа в Организационном комитете исследовательской группы по биоэтике в Международной ассоциации католических университетов в Милане, где он официально был членом с 1987 по 1990 г. Он активно участвовал в дискуссиях по биоэтике и моральной теории с католическими исследователями, включая кардинала Карло Мартини, архиепископа Милана (1927–2012)¹⁷. Именно там Х.Т. Энгельгардт впервые оказался в центре интеллектуальных противоречий католицизма, общался с ведущими католическими богословами по вопросам западной культуры и христианской этики: теологами Бруно Шюллером (Bruno Schöler) из Мюнстера, Клаусом Деммером (Klaus Demmer) из Рима, Джоном Махоуни (John Mahoney) из Лондона, биоэтиками Франциском Абелем (S.J. Francesc Abel), Полом Шотсмансом (Paul Schotsmans). Дискуссии, несмотря на приоритет биоэтики, также сопровождались вопросами теологии. Они касались в целом западной культуры. Как отмечает сам Энгельгардт, в обсуждениях мало внимания уделялось вопросу влияния Второго Ватиканского собора на проблемы западного христианства, в особенности католичества. Х.Т. Энгельгардт был озадачен фундаментальным вопросом истоков биоэтики и морали в целом [Engelhardt H.T., 2017, p. 34–35].

Как отмечает сам Х.Т. Энгельгардт, в западной теологии христианства Бог был более философской идеей, чем конкретной триединой персоной [Engelhardt H.T., 2017, p. 34–35]. В сентябре 1990 г. профессор Энгельгардт (после визита в Стамбул и участия в божественной литургии на Рождество) вышел из исследовательской группы по биоэтике в Международной ассоциации католических университетов и отказался от католичества. Он отмечал, что дискуссии с католическими теологами помогли ему воспринять Бога и христианство всерьез, привели его к переходу из католичества в православное христианство. Он крестился в 1991 г. в Техасе и изменил свое имя с Хьюго на Герман (в честь святого Германа Аляскинского). Это обстоятельство сильно повлияло на его исследования. С этого момента Энгельгардт сосредоточил большую часть своих научных работ на теме христианской биоэтики, уделяя особое внимание православию.

В 1996 г. он опубликовал тщательно отредактированное и расширенное второе издание «The Foundations of Bioethics». Как отмечал Х.Т. Энгельгардт, в середине 1990-х годов возникла тенденция к созданию глобальной биоэтики, которая уже к началу 2000-х годов вызывала критику. Он много времени проводил в Азии, Гонконге, Китае, Японии, исследуя особенности традиций, воспитывал учеников, издавал книги, ставившие под сомнение жизнеспособность

¹⁵ Джеймс Чайлддресс — один из основоположников биоэтики, один из авторов классического учебника по биоэтике, первое издание которого вышло в 1979 г., а в 2019 г. — 8-е переработанное издание [Beauchamp T., Childress J., 2019]. См. его биографию подробнее: <https://bioethics.virginia.edu/faculty/profile/jdfc7c> (февраль 2021).

¹⁶ В 1986 г. Х.Т. Энгельгардт опубликовал «The Foundations of Bioethics» — первый авторский систематический текст по философским вопросам биоэтики.

¹⁷ Кроме того, он — один из ведущих деятелей европейского экуменизма. О взглядах кардинала на этику см., например: Эко У., 2018.

глобальной биоэтики, делая акцент на культурно-исторических особенностях различных обществ [Engelhardt H.T. Jr., Rasmussen L.M., 2002; Engelhardt H.T., 2007]. В 2000 г., переосмыслив многие положения биоэтики с точки зрения православного христианства, он издал «The Foundations of Christian Bioethics», что стало в некотором смысле продолжением предыдущих изданий. В этой книге он исследовал маргинализацию христианской биоэтики в 1970-е годы, недостатки секулярной этики и проблему сохранения христианской идентичности, с которой сталкиваются врачи, медицинские сестры, пациенты и учреждения здравоохранения в культуре, которую считал постхристианской [Engelhardt H.T., 2000, p. 40–44].

Христианская биоэтика Х.Т. Энгельгардта в ракурсе социокультурной динамики России и США

Наследие Х.Т. Энгельгардта неоднородно. Многие исследователи затрудняются увидеть связь между его ранними идеями и работами после принятия православия [Engelhardt H.T., 2017, p. 31]. Один европейский университет даже создал курс с названием «Энгельгардт-1 против Энгельгардт-2» [Engelhardt H.T., 2017, p. 46]. Взгляды профессора на христианскую биоэтику спровоцировали американские и европейские дискуссии. Как продолжение этих дебатов в 2010 г. вышла коллективная монография «Основы христианской биоэтики: критические эссе о мыслях Х.Т. Энгельгардта-младшего». Ее подготовили ученики профессора Марк Черри и Ана Смит Илтис [Iltis A.L., Cherry M.J., 2010]. Для издания монографии к работе пригласили как сторонников и учеников профессора, так и оппонентов, а в заключение Х.Т. Энгельгардт дал свой развернутый ответ. Для некоторых комментаторов «Энгельгардт-2», православный, как бы отделился от своего светского двойника.

Кратко обозначим основные линии полемики. К. Дельескамп-Хайес утверждает, что и светские, и религиозные аспекты идей Энгельгардта являются частью интеллектуального наследия западной культуры¹⁸. Р. Фэн и К. Уайлдс отмечают, что эти два аспекта органично сочетаются друг с другом, исследуя разные стороны одной и той же фундаментальной головоломки¹⁹. Дж. Маккенни поднимает конкретные проблемы православной биоэтики Энгельгардта. Он отмечает, что стремлением Энгельгардта является призыв к личному религиозному обращению — вернуться к древней христианской религии, воплощенной в православной церкви, призыв познать Бога, а не рассуждать о нем. Маккенни ставит главный вопрос: почему православие?²⁰ Он полагает, что с внешней точки зрения православное христианство — это одно из многих конкурирующих представлений об истине: нет каких-либо внешних критериев, с помощью которых разочаровавшийся рационалист может выбрать именно православие²¹. М.К. Кавени сосредотачивается на критике положения христианской биоэтики Энгельгардта о том, что большая часть западной христианской моральной теологии является легалистической²². Она утверждает, что сущность этих нападок полемическая, делая вывод, что важнее выяснить более принципиальные разногласия по поводу цели христианской жизни и руководящей силы морального закона в ней, чем спорить о легализме.

¹⁸ Подробнее см.: *Delkeskamp-Hayes C. Morality in a post-modern, post-Christian world: Engelhardt's*

diagnosis and therapy [Iltis A.L., Cherry M.J., 2010, p. 23–71].

¹⁹ Подробнее см.: Fan R. A Confucian student's dialogue with teacher Engelhardt [Iltis, Cherry, ad loc., p. 71–89]; Wildes K. Completing the picture: Engelhardt's Christian bioethics [Iltis, Cherry, ad loc., p. 89–107].

²⁰ Подробнее см.: *McKenny J. Desire for the Transcendent: Engelhardt and Christian ethics* [Iltis, Cherry, ad loc., p. 107–135].

²¹ Ibid., p. 114.

²² Подробнее см.: *Kaveny M.C. Down by law: Engelhardt, Grisez, and the meanings of "legalism"* [Iltis, Cherry, ad loc., p. 135–161].

В заключительном разделе объединены критические аргументы, которые анализируют христианскую биоэтику Энгельгардта как «вопиюще сектантскую и возмутительно контркультурную»²³. Так, Г. Троттер недоумевает, может ли быть золотая середина между «лишенной оснований» светской биоэтикой нерелигиозной морали Энгельгардта и «содержательной» биоэтикой его христианской морали?²⁴

Что же представляет собой христианская биоэтика Энгельгардта²⁵? Может или должна ли христианская биоэтика отличаться от секулярной биоэтики? Должна ли христианская биоэтика отличаться от другой религиозной биоэтики? Какие последствия будет иметь различие между секулярной и христианской биоэтикой для нашего понимания этики? Эти фундаментальные вопросы, по мнению Х.Т. Энгельгардта, вызывают трудности только у секулярного мыслителя. Христианская биоэтика скорее возникает как нечто отдельное, а не универсальное, т. к. помещает страдание, смерть и здравоохранение в христианский нарратив греха и спасения. Православное христианство, утверждает Х.Т. Энгельгардт, не разработало независимую нравственность, нравственную философию или нравственную теологию, которая может выступать посредником или пересматривать исходное представление церкви о моральном поведении. Православное богослужение основывается не на заявлениях о папской непогрешимости, а на переживании Бога святыми отцами на протяжении веков [Engelhardt H.T., 2000, p. 157–162]. Именно это объединяет церковь.

По мнению Энгельгардта, интеллектуальный поворот американской философии в ракурсе биоэтики в середине 1970-х годов был антиисторическим, т. к. он игнорировал опыт исследований в области философии медицины, восходящий к Античности [Engelhardt H.T., 2000, p. 26].

Ученые были увлечены моделированием биоэтики, игнорируя или отрицая различия прежних теологических и историко-философских рефлексий, поэтому он отдельно подчеркивал значимость историко-медицинских исследований в биоэтике. Новая секулярная биоэтика и философия медицины были установлены как ответ на новые культурные, религиозные, научные и технологические вызовы. Они предложили то, на что был запрос в обществе, — мораль, обещающую объединить всех вокруг базовых моральных убеждений. Христианская биоэтика ввиду большого числа разнообразных внутренних теологических споров не могла дать ответ на такой запрос. Это привело к развитию в США официального публичного дискурса биоэтики, который поставил в центр проблему поиска общего морального видения, связывающего всех на основе принципов автономии, блага и справедливости. Таким образом, публичная биоэтика помогла сформировать секулярный эквивалент пасторской этики (биоэтику, которую может вести подготовленный эксперт, давая советы относительно конкретных ситуаций) одновременно с секулярными аналогами канонического права (биоэтические ограничения для исследований с участием человека) [Engelhardt H.T., 2000, p. 27]. Американские биоэтики становились экспертами, способными направлять врачей и пациентов в решениях в области здравоохранения, функционируя как «секулярные священники» [Engelhardt H.T., 2000, p. 27]. В «Основах христианской биоэтики» Энгельгардт ставит вопросы морали, политической теории и биоэтики, которые не могут быть полностью исследованы внутри ограничений секулярной мысли. Он отмечает, что признание провала западного морально-философского проекта — это культурное

²³ Ibid., p. 203–285.

²⁴ Подробнее см.: *Trotter G. Is "Discursive Christian bioethics" an Oxymoron* [Iltis, Cherry, ad loc., p. 203–229].

²⁵ Для ответа на этот вопрос важно обратить внимание на указанные в предисловии к изданию «The foundation of Christian bioethics» (2000) названия европейских и американских центров и ученых, при участии которых на протяжении 1997–1999 гг. обсуждалась книга: International Akademie für Philosophie im Fürstentum Liechtenstein (His Magnificence, Josef Seifert), Liberty Fund, Zentrum für Ethik in der Medizin (Frankfurt/Main), Department of Philosophy and Department of Religious Studies at Rice University.

событие, сопоставимое с Ренессансом или Реформацией [Engelhardt Н.Т., 2017, р. 44]. Вопросы биоэтики становятся центральными в культурных войнах между христианским и светским.

Энгельгардт считает, что термин «доминирующая секулярная культура» означает установление идеологии современного «секулярного фундаменталистского государства» [Engelhardt Н.Т., 2017, р. 103]. В начале XXI в. западные моральные рефлексии вернулись к политеизму. Античности в надежде установить глобальную космополитическую этику. Модерная культура предполагала отделение от христианства, а постмодерн предполагает отделение от Бога, подразумевая, что секулярные оценки морали и биоэтики множественны и не имеют значения. По мнению Энгельгардта, доминирующая секулярная культура, вытеснив христианство из публичного пространства, вела не к миру (он приводит примеры Французской революции, режимов Сталина, Мао Цзэдуна и др.), а к собственным философским обоснованиям морали [Engelhardt Н.Т., 2017, р. 14]. Пример тому — разнообразие или «множественность» медицинского права и биоэтики в том виде, как они существовали в «советском блоке» Восточной Европы и других социалистических странах [Engelhardt Н.Т., 2017, р. 68]. По мнению Энгельгардта, для стран, которые были частью европейского социалистического блока, существовавшего в марксистско-ленинских режимах атеистического государства, столкновение с лаицизмом Евросоюза после распада СССР создало «вторую волну секуляризации» [Engelhardt Н.Т., 2017, р. 65–69]. В США процессы секуляризации интенсивно шли в последние десятилетия XX века.

Анализ всех этих тенденций с акцентом на российские процессы представлен в материалах настоящего тематического блока.

Первую группу статей условно можно обозначить как теоретико-методологическую. Текст Х.Т. Энгельгардта относится к периоду его перехода в православие; он переосмысливает роль христианского мировоззрения в развитии биоэтики, предлагая поразмышлять об ограниченности секулярного подхода. Идеи политизации биоэтики развивает материал Аны С. Илтис, посвященный специфике американских культурных войн и роли государства в них. Статья Надежды Беляковой, посвященная анализу работ немецкого теолога первой половины XX в. Фрица Яра, подчеркивает особенности европейской перспективы биоэтики, ее отличия от американского дискурса, на которые указывает и Энгельгардт. Текст о Ф. Яре демонстрирует, с одной стороны, историю возникновения понятия биоэтики, альтернативную американской, а с другой — иллюстрирует сложности рецепции американской биоэтики в Европе и роль идеи христианского милосердия в этике. Идеи Ф. Яра не получили известности при его жизни, однако, как показано в работе Н. Беляковой, сегодня они переживают ренессанс на фоне поисков особой европейской идентичности в этой области. В научной литературе индивидуалистский подход англо-американской биоэтики часто рассматривается в противоположность основанному на солидарности подходу континентальной европейской биоэтики [Rendtorff D.D., Kemp P., 2000; Ten Have H., Gordijn B., 2001; Schotsmans P., 2015; Gaille M., Horn R., 2016].

Дебаты по вопросам биоэтики и здравоохранения, которые проходят в разных странах, влияют не только друг на друга, но и на то, как эти нормативные концепции интерпретируются в различных национальных контекстах. На примере рецепции идей Ф. Яра в странах Латинской Америки, Азии и Центральной Европы мы наблюдаем тенденции поиска концепций, позволяющих в какой-то степени отойти от доминирования американской перспективы биоэтики. Эти тенденции созвучны с подходом Х.Т. Энгельгардта и его деятельностью по созданию биоэтических школ на территории Китая с учетом национальной специфики [Chuen L.S., 2007]. Одна-

ко такого подхода Энгельгардт придерживался не всегда. В середине 1980-х годов социологи медицины Р. Фокс и Дж. Суэйзи [Fox R., Swazey J., 1984] обрушились с критикой на материал,

опубликованный Энгельгардтом по итогам поездки делегации биоэтиков США в Китай, в котором он заявил о непонимании китайцами основ биоэтики [Engelhardt Н.Т., 1980]. Фокс и Суэйзи назвали его подход «культурной близорукостью», объяснив, что термин «биоэтика» — это неологизм, возникший в американской культуре. По их мнению, это существенно может ограничивать его применение на практике и вместо него могут быть использованы другие термины.

Во многом это справедливо и для российского опыта развития медицинской этики и биоэтики [Shok N., Beliakova N., <https://kiej.georgetown.edu/soviet-legacies-pandemic-special-issue/>]. История врачебной этики и профессиональные дискуссии врачей возникли еще до революции [Вересаев В., 1902; Жбанков Д.Н., 1903]. В советский период были свои исследования в области коммунистической этики и морали, медицинской этики и деонтологии (см. выше), что коренным образом отличалось от идей, возникших в США [Цареградцев Г.И., 1966; Петровский Б.В., 1988; De George R.T., 1969]. Это отличие было глубоким и осложнялось особым пониманием базовых категорий этики. Индивидуум не имел собственной ценности вне общества в целом, а мораль выступала как инструмент социального контроля, который был гарантом и условием социальной стабильности.

Отдельно необходимо отметить отсутствие в российской традиции опыта участия церкви и религиозного дискурса в публичном пространстве, в частности, в связи с медицинской проблематикой. В советское время этика находилась под влиянием марксистского морально-правового дискурса и для религиозного голоса не было места [Bremer T. et al., 2016]. Интересны замечания отца Всеволода Шпиллера, датированные серединой 1960-х годов (период активного развития биоэтики в США²⁶), который, ссылаясь на мнение специалиста по церковному праву С.В. Троицкого, эмигрировавшего в Белград после революции 1917 г. [Рокуччи А., 2016, с. 407], отмечал, что в СССР сформировался «новый церковный менталитет». Слушатели и молодое духовенство использовали новые категории правового мышления, в рамках которых идея о церкви как особом виде правопорядка казалась немыслимой и не могла одновременно сосуществовать в одном государстве и на одном уровне с государственным правопорядком. Отец Всеволод подчеркивал особый характер российской религиозности, который опирается на верность традиции, где особое «внимание уделялось богослужениям и храмам как средоточию красоты и инаковости советскому миру» [Рокуччи А., 2016, с. 412], а также говорил о стратегии церкви, «помогающей сохранить православие» [Рокуччи А., 2016, с. 408].

А. Рокуччи обращает внимание на то, что взаимодействие «религиозной и светской власти на международной арене» обрело новое значение для советского государства в силу геополитических задач [Рокуччи А., 2016, с. 433]. По его оценкам, только в 1988 г. наступил перелом на фоне празднования 1000-летия крещения Руси, когда публичные высказывания о религии стали основой для формирования национальной культурной самобытности [Рокуччи А., 2016, с. 441]. Православие после 70 лет антирелигиозной политики стало своего рода символом легитимации светской власти. В современной России мы наблюдаем тенденции активизации участия Русской православной церкви в биоэтических дебатах, которые в международном контексте зачастую оцениваются как глубоко консервативные или даже фундаменталистские²⁷.

Как отмечалось выше, российский опыт значительно отличается от опыта противостояния секулярного и религиозного в публичном пространстве и в ходе культурных войн в США и Западной Европе [Армстронг К., 2020]. Независимая Американская республика получила религиозную сакрализацию как результат божественного промысла [Butler J., 1992, р. 216, 222], а к середине XIX в. Соединенные Штаты превратились в сугубо христианскую страну [Армстронг К.,

²⁶ См., например: Fletcher J., 1954; Ramsey P., 1970; Smith H., 1970; Vaux K., 1978.

²⁷ См. например: Stoekli K., 2017; Ricardi-Swartz S., <https://berkeleycenter.georgetown.edu/responses/american-conversions-to-russian-orthodoxy-amid-the-global-culture-wars>; Robinson P., <https://eng.globalaffairs.ru/articles/russias-conservative-power/>.

2020, с. 113]. Однако в обществе шла серьезная внутренняя борьба за то, какой должна быть американская культура: секулярной или религиозной. В конце XIX — начале XX вв. протестантские фундаменталисты²⁸ пытались рационализировать веру, дать ей научное обоснование [Армстронг К., 2020, с. 12–20, 175–177]. В 1960–1970-е годы движение фундаменталистов снова активизировалось, предлагая «сепаратистскую этику» [Армстронг К., 2020, с. 410], направленную против светского гуманизма (в т. ч. в рамках советской идеологии) как конкурирующей религии. Как отмечает К. Армстронг, американские фундаменталисты «предприняли попытку вернуть Бога в сферу политики» [Армстронг К., 2020, с. 424].

Зарождение биоэтики стало частью широких социальных процессов, связанных с движениями за права, а также реакцией на научный прогресс и развивающуюся судебную практику. С помощью работ американских теологов она также стала своего рода инструментом рационализации веры. Подтверждение этого тезиса мы видим в статье А. Илтис, в которой она использует термин «культурные войны» — глубокие и подчас неразрешимые разногласия между общественными группами, апеллирующими к государству для обеспечения соблюдения определенного набора моральных обязательств, светских или религиозных. Примеры таких разногласий в биоэтике — аборт, генетические исследования, моральный статус эмбриона, эвтаназия, проблема определения смерти в трансплантологии и др. Илтис констатирует, что попытки использовать рациональные основания (например, «принципализм» Чайлддресса и Бичампа) не могут остановить культурные войны. Для их предотвращения она предлагает модель «ограниченного государства» («limited state»), в рамках которого не исчезают моральные разногласия, но ослабляются их последствия.

Исследования по биоэтике, как правило, используют конкретные кейсы и привлекают медицинскую статистику, чтобы выявить сущность и структуру противоречий вокруг вопросов медицины и здравоохранения, их политическую и культурно-историческую специфику. Исторически тема репродуктивного здоровья, начала жизни существенно влияла на развитие биоэтики.

Так, Джозеф Флетчер, американский теолог-протестант, работа которого «Мораль и медицина» [Fletcher J., 1954] стала одной из отправных точек в истории американской биоэтики, отмечает, что планирование в области репродукции естественно для рационально мыслящих людей [Fletcher J., 1971]. Эта идея, рационализирующая вопросы воспроизводства и деторождения, во многом повлияла на характер биоэтических дебатов и специфику культурных войн по этим вопросам в США (например, знаменитое дело об абортах «Роу против Уэйда»²⁹, отсылка к которому встречается в нескольких материалах нашего издания).

Х.Т. Энгельгардт отмечает, что репродукция человека стала объектом вмешательства, т. к. человеческая биология устанавливает фактические ограничения, в то время как люди стремятся к достижению целей, которые могут быть реализованы только частично, если исходить исключительно из биологии [Engelhardt H.T., 1996, p. 274]. Существует вторичное напряжение между человеком как личностью, которая планирует, имеет устремления, и человеком как телесным биологическим феноменом [Engelhardt H.T., 1996, p. 274]. Иными словами, человеческое тело рассматривается как объект, который не способен вполне воплотить цели индивидуальной личности. Женщина может забеременеть в «неудобное» время, от «неправильного» партнера или не забеременеть в нужное время от правильного. Эти нестыковки в ожиданиях

²⁸ Авторство термина «фундаментализм» принадлежит американским протестантам, которые в начале XX в. стали себя так называть ввиду желания отличаться от более «либеральных» единоверцев, поставив во главу угла «фундаментальные принципы христианства», понимаемые как буквальное толкование Писания и принятие ряда других ключевых доктрин [Robinson P., <https://eng.globalaffairs.ru/articles/russias-conservative-power/>, с. 12–15].

²⁹ См. подробнее, например: Roe v. Wade, History.com. 27.03.2019. — <https://www.history.com/topics/womens-rights/roe-v-wade> (февраль 2021).

могут быть исправлены посредством вмешательства медицинских технологий.

Большинство тем репродуктивного здоровья не новое, и тенденции их обсуждения связаны с ролью и целью медицины в обществе. Цель современной медицины — это не просто продление биологической жизни; она воспринимается как способ отсрочить приближение смерти, предотвратить, облегчить или излечить болезни, позаботиться о человеке в момент страдания. Х.Т. Энгельгардт называет медицину «агентом личностей», т. к. она привлекается от их имени, ограничена обязательством «уважать пожелания» и действовать исключительно в интересах пациента, поэтому критически важно знать, где личность «берет начало» и где «ее предел/конец» [Engelhardt H.T., 1996, p. 276]. Это важно для понимания, перед кем медицина и здравоохранение несут свои обязательства. Иными словами, врач должен понимать, когда видит пациента, чьи желания необходимо уважать и кто может устанавливать границы медицинских вмешательств. Тема аборт и вспомогательных репродуктивных технологий (далее — ВРТ) наиболее репрезентативна ввиду особого напряжения между секулярной и христианской моралью в этих вопросах (напряжение значительно ниже в вопросах смерти) [Engelhardt H.T., 1996, p. 273, 275]. Традиционные иудеохристианские представления о деторождении как священном акте в союзе пары не могут быть приняты в секулярном контексте. По мнению Энгельгардта, полное понимание значения сексуальности, целей репродуктивного поведения может быть понято только в ракурсе содержательного морального контекста христианской биоэтики [Engelhardt H.T., 1996, p. 277]. Вне этого контекста трудно даже понять, почему важно иметь детей или заключать брак.

Эти подходы по-разному преломляются в отдельных культурах, в различных исторических обстоятельствах. Материал французского исследователя Бруно Сенто демонстрирует сложность дискуссий в отношении расширения перечня лиц, которым доступны ВРТ во Франции (речь идет о доступе для лесбийских пар и одиноких женщин). Эта дискуссия хорошо иллюстрирует рассуждения Аны Илтис о государстве как факторе культурных войн. Известно, что одним из пунктов предвыборной программы президента Франции Эммануэля Макрона было обещание принять поправки в закон о биоэтике (это было осуществлено в июле 2020 г. в разгар борьбы с пандемией) [Brockhaus H., <https://www.catholicnewsagency.com/news/french-archbishop-criticizes-push-to-pass-bioethics-law-amid-pandemic-72623>]. Представленный текст Сенто показывает существо дебатов до того, как они стали частью предвыборной кампании, после чего тема получила дополнительный политический и общественный резонанс. Сенто приводит биоэтический анализ дилеммы, что позволяет увидеть отличие французских подходов от американской аргументации и российских реалий. Х.Т. Энгельгардт отмечает, что биоэтика во Франции уделяет повышенное внимание вопросам начала жизни. Социолог Р. Фокс называет Францию «католической культурой», но просит не связывать это с «количеством людей на мессе в воскресенье» [Fox R.C. et al., <https://repository.library.georgetown.edu/bitstream/handle/10822/557030/EngelhardtHT.pdf?sequence=4&isAllowed=y>, p. 65]. Франция одной из первых в Европе прошла путь секуляризации, сформулировав принцип лаицизма (строгого секуляризма) [Dinner V., 2008]. При этом французская политика «детоцентрична», что было результатом смешения католического наследия, консервативной биоэтики и культурно-антропологических дебатов [Donadio R., <https://www.theatlantic.com/international/archive/2019/10/france-ivf-about-national-identity/599494/>]. Культура семьи во Франции исторически связана с вопросами нацио-

нальной идентичности [Robcis C., 2013]. Вопрос детства неотделим от вопросов собственности и наследования, о чем детально пишет Сенто. Суть биоэтических дебатов о доступе к ВРТ затрагивает не столько индивидуальный выбор, сколько социально-правовые и экономические

устои жизни французской семьи и общества [Fournier V., Spranzi M., 2013]. Б. Сенто рассматривает перестройку отношений в семье и ее социально-правовые последствия, биосоциальную институционализацию отцовства, малоизученность роли ВРТ для здоровья детей и проблем одиноких женщин, зачавших от анонимных доноров. Таким образом, речь идет не только о противостоянии биопрогрессистов и биоконсерваторов, но и о более глубоких этических и социальных разделениях.

Материал Романа Тарабрина посвящен дискуссии, состоявшейся недавно в Русской православной церкви в отношении ВРТ. Он дополняет материал о Франции, где на данный момент есть консенсус в отношении запрета суррогатного материнства (далее — СМ), описывая российские дебаты, в основе которых лежит обсуждение его допустимости в христианской традиции милосердия. В материале о Франции доступ к ВРТ не связывается с проблемами избыточных эмбрионов, а смещается в сторону прав женщин, ребенка и семьи, а также вопросов равенства и ненасилия. В обсуждениях вопросов СМ в России присутствует выраженный медицинский акцент на том, что это полезный способ преодоления (не лечения!) бесплодия³⁰. Р. Тарабрин сравнивает секулярный и православный подходы к практике СМ, предпринимает попытку развести их, концентрируясь на этических дилеммах начала жизни и моральном статусе эмбриона, биологической и психологической связей матери и ребенка, которые влияют на здоровье обоих. В частности, он предлагает идею «усыновления избыточных эмбрионов». Это возможно, по мнению автора статьи, если дать оценку намерению человека — «усыновление с целью спасения жизни». Автор предлагает соединить результаты медицинских исследований и идею христианского милосердия, чтобы определить границы допустимости экстракорпорального оплодотворения для православных пар.

Продолжая тему биоэтических дискуссий о статусе эмбриона, Дмитрий Кирьянов обозначает общеисторический и конкретно-конфессиональный контексты вопроса. Автор показывает, что христианские традиции апеллируют к разным ключевым, по их мнению, текстам, имеющим значение для выработки подхода к оценкам биомедицинской практики. Материал прекрасно иллюстрирует тезис Х.Т. Энгельгардта о плюрализме христианских перспектив в биоэтике. Д. Кирьянов подчеркивает, что в древности аборт обсуждался вне контекста статуса эмбриона. Он обращает внимание на важность идеи «постепенного одушевления плода». Автор приводит обзор дискуссий протестантских деноминаций США (методистов, пресвитерианцев, лютеранской и других церквей), имеющих наиболее разработанные позиции по вопросам статуса эмбриона и репродукции, которые пытаются сопоставить биологические знания с анализом Священного Писания. Получается «подвижная и ориентированная на конкретные практики» позиция, где богословие становится неким фоном для поиска аргументации и объяснения сложившихся практик, отмечается в статье. Как альтернатива приводится позиция православия, основанная на идее психосоматического единства — «личности в становлении», у которой есть шанс через единение с богом стать полноценным человеком. Это значит, что с момента зачатия начинается путь к подлинной личности.

Энгельгардт, который также следует православной традиции, ссылается на работы православного теолога Александра Шмеманна. Во-первых, в христианской биоэтике Энгельгардта важна литургия [Schmemmann A., 1986; Engelhardt H.T., 2000, p. 187;]. Здесь он полагается на А. Шмеманна, который отмечал экспериментальный, даже анархический, характер католической литургии, приобретенный в результате «совокупности по-настоящему антитрадиционных

³⁰ По данным ВЦИОМ, около 50 % российских респондентов полагают, что суррогатные матери «делают нужное и полезное дело», при этом 25 % считают суррогатное материнство морально недопустимым; 60 % россиян допускают возможность использования услуг суррогатной матери в том случае, если нет возможности самим родить детей [https://profi.wciom.ru/fileadmin/file/nauka/podborka/wciom_sociodigger_112020.pdf?utm_medium=email&utm_source=UniSender&utm_campaign=243280879].

устремлений» [Engelhardt H.T., 2000, p. 9, 63]. Во-вторых, Энгельгардт, ссылаясь на Шмеманна, говорит о двусмысленности термина «теология» [Engelhardt H.T., 2000, p. 186–190], который в традиции западного христианства понимается как сугубо академическое поле или наука о литургии, что исключает собственно богословскую перспективу, связанную со святостью и духовностью. Эти обстоятельства важны для понимания сущности православной биоэтики Энгельгардта.

В статье Александры Плетневой об истории кормилиц в России репродуктивные практики представлены в виде связи женской телесности и социального неравенства, которые сегодня также рассматриваются в дискурсе биоэтики. Дебаты между светской и христианской перспективой в биоэтике репродуктивного здоровья чаще всего ведутся из противопоставления права женщин на выбор и права плода на жизнь. История кормилиц на абсолютно другом этапе развития медицины и общества заставляет по-новому посмотреть на современные дискуссии отчуждения репродуктивных функций женщин (например, СМ). Автор отмечает, что феномен кормилиц находился в серой зоне, на фоне этического-социальной и медицинской норм отказа от материнского молока и принятия в дом женщины, которая оставила своего ребенка. Примечательно, что позиция церкви по этому поводу не была артикулирована. Автор констатирует, что причиной распространения этой практики, как и сегодня СМ, стало социально-экономическое неравенство в обществе, которое способствует тому, что зачастую малообеспеченные женщины соглашаются стать суррогатными матерями сегодня.

Завершают блок материалы, в которых особый акцент делается на абортах, однако эта тема встраивается в различные публичные дискурсы и сопутствующие дебаты СССР и США. Мария Графова приводит уникальные данные истории советской повседневности 1920-х годов. В условиях смены ценностей и социокультурных норм аборт становится неотъемлемой частью жизни и неизбежностью для женщин. Российскую историю легализации абортов в 1920-е годы и американские дебаты начала 1970-х годов сложно сравнивать. В России легализация не была результатом судебного решения, как в США, и произошла в совершенно других условиях. Морально-этические споры вокруг аборта формировались не в ракурсе «прав и выбора», а в терминах «долга перед государством» и решения социально-экономических проблем семьи и женщин притом, что советская пропаганда не уставала повторять, что делать аборт плохо. Церковь при этом была исключена из публичного пространства, и ее позиция по абортам на протяжении истории советского периода не звучала. Наряду с этим церковный брак, не наполненный духовно-религиозным содержанием, становится в раннесоветский период своеобразной народной моральной гарантией в обществе, защитой интересов женщины.

Марк Черри, напротив, формулирует свои тезисы об абортах и сексуальном поведении в духе типичного для американской биоэтики публичного противостояния секулярного и религиозного. Тема абортов, начиная с 1970-х годов, артикулируется в форме противостояния: «личный выбор в репродуктивной сфере» и «убийство и грех». Марк Черри предлагает посмотреть на проблему абортов сквозь призму дискриминации женщин, обращая внимание читателя на уязвимое положение эмбрионов женского пола в результате распространения практики селективных абортов. Он отмечает, что с начала 1980-х годов медицинские технологии способствуют убийству девочек, что особенно распространено в Китае и Индии. М. Черри также обращает внимание на диспропорцию дискуссий по биоэтике, когда политизация отдельных аспектов практики здравоохранения приводит к искажениям в сексуальном воспитании и игнорированию данных доказательной медицины для выработки этических суждений в отношении вопросов сексуальности, супружества и детско-родительских отношений. В его статье присутствуют примеры применения методологии «биоэтики, основанной на данных» [Halpern S.D., 2005], когда в качестве биоэтической аргументации приводятся данные веду-

щих медицинских аналитических центров в области общественного здравоохранения и доказательной медицины.

* * *

Исторический опыт взаимодействия религиозного и секулярного дискурсов в биоэтике представляется центральным для нашей подборки. Американская биоэтика оказывает большое влияние на российский и европейский публичный и академический дискурсы. Применение оптики христианской биоэтики позволяет затронуть ту плоскость взаимодействия церкви и государства, религиозного и светского, которые в оптике политической теологии и социальных наук становятся невидимыми: вопросы медицины, здоровья, начала и конца жизни. Материалы, вошедшие в этот раздел, дали возможность показать особенности становления и развития биоэтики в России на перекрестке православного и светского подходов. Это позволило проследить специфику истории российской биоэтики в отличие от американской секуляризации биоэтики: первичность светских концепций в России и постепенное усиление религиозной составляющей публичных дискуссий по биоэтике. Сегодня, как никогда ранее, православная церковь выступает со своей повесткой в публичной политике по вопросам медицины и биотехнологий, используя понятие христианской биоэтики. Как было показано, родиной этого дискурса являются Соединенные Штаты, а православное наполнение он получил в результате интеллектуального труда и поисков американского биоэтика, врача и историка медицины Х.Т. Энгельгардта. Данный материал призван положить начало диалогу американской школы христианской биоэтики с российским академическим сообществом. Впрочем, и светскую, и христианскую биоэтику в российском контексте следует понимать и исследовать не как механически заимствованные понятия, а с учетом особенностей истории, культуры и практики российской медицины и религии.

БИБЛИОГРАФИЯ

- Ананьев Э.В. Социальная концепция Русской Православной Церкви: ответ Церкви на вызовы времени // Государство, религия, церковь в России и за рубежом. — 2001. — № 4. — С. 53–74.
- Армстронг К. Битва за Бога. История фундаментализма. — М.: Альпина нон-фикшн, 2020.
- Биоэтика: ответы на сложные вопросы (интервью с Х.Т. Энгельгардтом). — <https://www.miloserdie.ru/article/bioetika-otvety-na-slozhnye-voprosy/> (февраль 2021).
- Брук Дж.Х. Наука и религия. Историческая перспектива. — М.: ББИ, 2004.
- Вересаев В. Записки врача. — СПб., 1902.
- Деонтология в медицине. Т. 1: Общая деонтология / Под ред. Б.В. Петровского. — М.: Медицина, 1988.
- Жбанков Д.Н. О врачах. Памяти «истинного учителя и врача» Вячеслава Авксентьевича Манассеина. — М., 1903.
- Здоровье. Здравоохранение. Биоэтика. — ВЦИОМ, 2020. Социодиггер, вып. 4. — https://profi.wciom.ru/fileadmin/file/nauka/podborka/wciom_sociodigger_112020.pdf?utm_medium=email&utm_source=UniSender&utm_campaign=243280879 (февраль 2021).
- Кетова Т.Н. Биоэтика как этап развития гуманизма // Ученые записки СПбГУ им. И.П. Павлова. — 2015. — № 4. — С. 31–34.

- Курленкова А.С. Медицинская антропология и биоэтика в США и России: историографический и социокультурный анализ: Автореф. ... канд. ист. наук. — М., 2013.
- Основы социальной концепции Русской православной церкви. — <http://www.patriarchia.ru/db/text/419128.html> (февраль 2021).
- Парпара А.А. Х.Т. Энгельгардт и его «Основания христианской биоэтики». — <https://bogoslav.ru/article/4863036> (февраль 2021).
- Петров Н.Н. Вопросы хирургической деонтологии. — Ленинград: Медгиз, 1956.
- Рокучи А. Сталин и Патриарх: Православная церковь и Советская власть, 1917–1958. — М.: Политическая энциклопедия, 2016.
- Тищенко П. Биоэтика как форма социально распределенного производства знания // Знание. Понимание. Умение. — 2010. — № 2. — С. 71–78.
- Тищенко П. О множественности моральных позиций в биоэтике // Человек. — 2008. — № 1. — С. 83–91.
- Тищенко П. Угроза множественности и идея гуманитарной экспертизы // Биоэтика и гуманитарная экспертиза. — 2008. — Вып. 2. — С. 102–128.
- Царегородцев Г.И. Диалектический материализм и медицина. — М.: Медицина, 1966.
- Шок Н.П. От биоэтики светской к биоэтике христианской: о значении наследия Х. Тристрама Энгельгардта в России // Государство, религия, церковь в России и за рубежом. — 2020. — Т. 38(4). — С. 7–43.
- Эко У. Диалог о вере и неверии / Пер. Н. Холмогорова. — М.: ББИ, 2018.
- Энгельгардт Х.Т. Почему не существует глобальной биоэтики / Пер. Е.Н. Князевой // Человек. — 2008. — № 1. — С. 74–82.
- Beauchamp T., Childress J. Principles of Biomedical Ethics. — Oxford: Oxford University Press, 2019.
- Bremer T., Kunter K., Beljakova N. “Es gibt keinen Gott!": Kirchen und Kommunismus. Eine Konfliktgeschichte. — Basel, Vienna: Herder Freiburg, 2016. — 255 p.
- Brockhaus H. French archbishop criticizes push to pass bioethics law amid pandemic. — <https://www.catholicnewsagency.com/news/french-archbishop-criticizes-push-to-pass-bioethics-law-amid-pandemic-72623> (февраль 2021).
- Butler J. Awash in a Sea of Faith. Christianizing the American People. — Harvard: Harvard University Press, 1992.
- Callahan D. Religion and the Secularization of Bioethics // The Hastings Center Report. — 2010. — Vol. 20(4). — P. 2–4.
- Caplan A., Engelhardt H., McCartney J. (eds.) Concept of Health and Disease. Reading. — Salem: Addison-Wesley, 1981.
- Chuen L.S. (ed.) The Family, Medical Decision-Making, and Biotechnology. Critical Reflections on Asian Moral Perspectives. — Springer, 2007.
- De George R.T. Soviet Ethics and Morality. — Ann Arbor: University of Michigan Press, 1969.
- Dinner V. French Secularism in Debate: Old Wine in New Bottles // French Politics, Culture & Society. — 2008. — Vol. 26(1). — P. 92–110.
- Donadio R. Why IVF Has Divided France? The country is forever caught between tradition and innovation, universalism and individual rights. —

- <https://www.theatlantic.com/international/archive/2019/10/france-ivf-about-national-identity/599494/> (февраль 2021).
- Engelhardt H.T. After God: Morality and Bioethics in a Secular Age. — New York: St. Vladimir Seminary Press, 2017.
- Engelhardt H.T. Basic Ethical Principles of the Conduct of Biomedical and Behavioral Research Involving Human Subjects // In: The Belmont Report. Vol. 1: Department of Health, Education, and Welfare. — 1978. — Section 8. — P. 1–45.
- Engelhardt H.T. Bioethics and Secular Humanism: The search for a Common Morality. — Philadelphia: Trinity Press International, 1991.
- Engelhardt H.T. Jr. Bioethics in the People's Republic of China // The Hastings Center Report. — 1980. — Vol. 10. — P. 7–10.
- Engelhardt H.T. Jr., Rasmussen L.M. (eds.) Bioethics and Moral Content: National Traditions of Health Care Morality. Papers dedicated in tribute to Kazumasa Hoshino. — Springer, 2002.
- Engelhardt H.T. The Family in Transition and in Authority // In: The Family, Medical Decision-Making, and Biotechnology. Vol. 91: Philosophy and Medicine. — Dordrecht: Springer, 2007. — P. 27–45.
- Engelhardt H.T. The Foundation of bioethics: rethinking the meaning of morality // In: The Story of Bioethics: From Seminal Works to Contemporary Explorations / Ed. by E. Klein, J. Walter. — Washington: Georgetown University Press, 2003. — P. 91–109.
- Engelhardt H.T. The Foundation of Christian Bioethics. — Lisse: Swets & Zeitlinger Publ., 2000.
- Engelhardt H.T. The Foundations of Bioethics. — New York: Oxford University Press, 1996. — 464 p.
- Engelhardt H.T. The ordination of bioethicists as secular moral experts // Social Philosophy and Policy. — 2002. — Vol. 19(2). — P. 59–82.
- Ferngren G.B. Science and Religion: A Historical Introduction. — Johns Hopkins University Press, 2002.
- Fletcher J. Ethical Aspects of Genetic Controls // The New England Journal of Medicine. — 1971. — Vol. 285. — P. 776–783.
- Fletcher J. Morals and Medicine. — Princeton: Princeton University Press, 1954.
- Fournier V., Spranzi M. The French bioethics debate: norms, values and practices // Medicine, Health Care and Philosophy. — 2013. — Vol. 16. — P. 41–44.
- Fox R., Swazey J. Medical Morality Is Not Bioethics — Medical Ethics in China and the United States // Perspectives in Biology and Medicine. — 1984. — Vol. 27(3). — P. 336–360.
- Fox R.C., Swazey J., Engelhardt H.T. Interview with H. Tristram Engelhardt Jr., MD, PhD. — <https://repository.library.georgetown.edu/bitstream/handle/10822/557030/EngelhardtHT.pdf?sequence=4&isAllowed=y> (февраль, 2021).
- Fox R.C., Swazey J.P., Veatch R. Interview with Robert M. Veatch, PhD, Professor of Medical Ethics. — <https://repository.library.georgetown.edu/bitstream/handle/10822/557053/VeatchR1.pdf?sequence=6&isAllowed=y> (февраль 2021).
- Gaïlle M., Horn R. Solidarity and Autonomy: Two Conflicting Values in English and French Health Care and Bioethics Debates? // Theoretical Medicine and Bioethics. — 2016. — Vol. 37. — P. 441–446.
- Halpern S.D. Towards evidence based bioethics // BMJ (Clinical research edition). — 2005. — Vol. 331(7521). — P. 901–903.
- Itlis A.L., Cherry M.J. (eds.) At the roots of Christian Bioethics. Critical essays on the thought of H. Tristram Engelhardt Jr. — Salem: M & M Scrivener Press, 2010. — 337 p.
- Jonsen A.R. The Birth of Bioethics. — Oxford: Oxford University Press, 1998.
- Knushf G. The Foundation of Bioethics // The New England Journal of Medicine. — 1996. — Vol. 335. — P. 141–142.
- Kubar O., Yudin B. Bioethics in Russia: History and Present-day Problems // Asian Bioethics Review. — 2015. — Vol. 7(5). — P. 481–490.
- Pellegrino E. Humanism and the Physician. — Knoxville: University of Tennessee Press, 1979.
- Ramsey P. The Patient as a Person. — New Haven: Yale University Press, 1970.
- Reich W. The Word 'Bioethics': Its Birth and the Legacies of Those Who Shaped Its Meaning // Kennedy Institute of Ethics Journal. — 1994. — Vol. 4. — P. 319–336.
- Reich W.T. (ed.) The Encyclopedia of Bioethics. — New York: Simon Schuster Macmillan, 1995.
- Rendtorff D.D., Kemp P. Basic Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw. Vol. I: Autonomy, Dignity, Integrity and Vulnerability. — Barcelona: Center of Ethics and Law, Institute Borja de bioètica, 2000.
- Ricardi-Swartz S. American Conversions to Russian Orthodoxy Amid the Global Cultural Wars. — <https://berkeleycenter.georgetown.edu/responses/american-conversions-to-russian-orthodoxy-amid-the-global-culture-wars> (февраль 2021).
- Robcis C. The Law of Kinship: Anthropology, Psychoanalysis, and the Family in France. — Cornell University Press, 2013.
- Robinson P. Russia's emergence as an international conservative power. — <https://eng.globalaffairs.ru/articles/russias-conservative-power/> (февраль 2021).
- Schmemmann A. Introduction to Liturgical Theology. — Crestwood: St. Vladimir's seminary press, 1986.
- Schmemmann A. Liturgy and Tradition. — New York: St. Vladimir's Seminary Press, 1990.
- Schotsmans P. Meeting and Working with H.T. Engelhardt Jr.: An Inspiring Experience for a (once young) European Scholar // Conatus. — 2018. — Vol. 3(2). — P. 115–117.
- Schotsmans P. Present and future: A personal and narrative perspective from the European continent // In: The Voices and Rooms of European Bioethics / Ed. by R. Huxtable, R. ter Meulen. — London: Routledge, 2015.
- Shok N., Beliakova N. How Soviet Legacies Shape Russia's Response to the Pandemic: Ethical Consequences of a Culture of Non-Disclosure. — <https://kiej.georgetown.edu/soviet-legacies-pandemic-special-issue/> (февраль 2021).
- Smith H. Ethics and the New Medicine. — Nashville: Abingdon Press, 1970.

- Stoeckl K.* The Russian Orthodox Church's Conservative Crusade // Current History. — 2017. — Vol. 116(792). — P. 271–276.
- Ten Have H., Gordijn B.* (eds.) Bioethics in a European Perspective. — Dordrecht: Kluwer, 2001.
- Van Potter R.* Bioethics, the science of survival // Perspectives in Biology and Medicine. — 1970. — Vol. 14. — P. 127–153.
- Van Potter R.* Bioethics: Bridge to the Future. — Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1971.
- Vaux K.* Will to Live — Will to Die. — Minneapolis: Augsburg, 1978.

У истоков Российского национального комитета по биоэтике: исторический, социокультурный и политический контексты

В.В. Тухонов

Становление биоэтики в России как особого направления исследований и социально-научной практики имеет длительную историю. Тем не менее институционализация специализированного национального комитета по проблемам биоэтики (теперь — Российский комитет по биоэтике) произошла только в начале 1990-х годов, буквально в последние месяцы существования Советского Союза. Официально комитет начал работать только в 1992 г., уже в новой стране. Этот парадокс не случаен, он является следствием социокультурных и политических особенностей развития советского общества и науки.

Советский Союз с самого начала позиционировал себя как общество, построенное на рациональных основаниях. Именно наука должна была стать важнейшим фактором построения нового, коммунистического общества. В общественную практику активно внедрялись (конечно, с разной степенью успешности) новейшие достижения науки, а государство стимулировало ученых заниматься смелыми научными экспериментами. Часто усилия оказывались напрасными, реализация смелых идей буксовала из-за недостаточной технической оснащенности, дефицита научных кадров (вызванного в т. ч. и репрессиями по отношению к ним со стороны власти), специфики общественно-политического строя и т. д. Несмотря на это, общий пафос всемогущества рационального научного знания, возможности его скорейшего воплощения в жизнь, а главное, исключительно позитивной роли науки в обществе оставался неизменным. В значительной степени такой сциентический оптимизм был общим явлением XX в. [Hoffman L.D., 2011], несмотря на ужасы мировых войн, а затем и страх в годы «холодной войны» перед планетарной ядерной катастрофой.

Новый пик культа науки в СССР приходится на 1960-е годы, когда, особенно после успехов советской космонавтики, казалось, что еще немного и с помощью науки можно будет решить все насущные проблемы человечества [Вайль П., Генис А., 2013, с. 117–126]. Но уже тогда становятся очевидными и противоречия научного прогресса. Пришло осознание, что эти противоречия носят не только глобальный масштаб (например, угроза ядерного апокалипсиса), но и начинают потенциально касаться каждого простого человека в его повседневной жизни (эпидемии, торговля органами, проблема качества вакцин, испытание новых лекарств и т. д.). Сциентический оптимизм все больше подвергался критике, росли опасения дегуманизации общества в эпоху стремительного научного и технического прогресса [Балалыкин Д.А., Киселев А.С., 2012; Илтис А., 2015; Михель И.В., 2015; Юдин Б.Г., 2018]. В западных странах проходили сходные процессы, но в СССР публичное обсуждение сложившихся проблем было сильно ограничено не только общими идеологическими установками, но и официальным культом советской науки, постулирующим ее превосходство над западной, а также утверждением, что указанные проблемы могут возникнуть только в капиталистическом обществе, но не в социалистической стране. Если в западных странах в 1970-е годы происходит активное развитие биоэтики как особого направления, то в СССР эти процессы тормозились во многом искусственно. Важным фактором развития биоэтики стало движение за права человека. По понятным причинам в СССР оно носило скорее скрытый характер и не могло серьезно влиять на общественное мнение.

Большой вклад в развитие философских основ биоэтики в СССР внес И.Т. Фролов. Философ активно занимался с 1960-х годов анализом влияния научно-технического прогресса на

человека и общество [Степин В.С., 2001; Корсаков С.Н., 2006, 2008; Лекторский В.А., 2010]. Под его руководством работал Научный совет по философским и социальным проблемам науки и техники, в рамках которого существовала группа по изучению проблем биоэтики. Между тем этого было явно недостаточно и это не соответствовало стоящим перед государством и общественным проблемам.

В отличие от традиционной медицинской деонтологии, ориентированной на решение преимущественно этических проблем, возникающих во врачебной практике, И.Т. Фролов и его единомышленники рассматривали биоэтику как метадисциплину, целью которой была выработка междисциплинарного подхода к решению проблем, возникающих на стыке биологии, медицины и социальных практик.

В марте 1985 г. ЮНЕСКО организовало Международный симпозиум по биоэтике в Барселоне. Второй симпозиум прошел там же в 1987 г. Большинство так называемых развитых стран обзавелись национальными комитетами по биоэтике. В 1990 г. была создана Международная ассоциация биоэтики, руководящие органы которой предложили советским ученым войти в ее состав. Возникла формальная организационная проблема: группа по изучению проблем биоэтики не могла войти в международную ассоциацию из-за недостаточно высокого административно-научного статуса, поэтому требовалось создание полноценного советского национального комитета по вопросам биоэтики.

Однако решение этой технической проблемы не было простым. Для этого требовалось, чтобы к осознанию важности биоэтических проблем пришло не только научное сообщество, но и советское общество в целом. Через несколько лет И.Т. Фролов признавал, что это требовало немалых усилий, направленных в первую очередь на информационную и просветительскую работу [Круглый стол «От теории — к практике и новой теории», 1992, с. 5].

Эпоха перестройки способствовала радикальному повороту в умах. В обществе активно обсуждалась необходимость повышения правовой культуры, гуманизации, дебиюкратизации. Все это создавало необходимый фон для продвижения новых принципов и приоритетов научной политики. В частности, серьезно активизировалось экологическое движение (особенно на фоне Чернобыльской катастрофы), тесно связанное с проблемами биоэтики.

В лоббировании создания новой структуры огромную роль сыграл авторитет, в т. ч. и международный, академика И.Т. Фролова. Следует учитывать и серьезное личное влияние И.Т. Фролова в советской политической и научной элите второй половины 1980-х годов. В 1987 г. он был избран академиком АН СССР, занимал должность советника М.С. Горбачева, в 1989–1990 гг. — пост секретаря ЦК КПСС, в 1990–1991 гг. был членом Политбюро ЦК КПСС, а в 1989–1991 гг. — главным редактором газеты «Правда». В команде М.С. Горбачева он занимал умеренно-реформистские позиции. Таким образом, И.Т. Фролов обладал доступом к административным и интеллектуальным ресурсам. Однако даже такой научный и политический «тяжеловес» столкнулся с трудностями в реализации проекта по созданию национального комитета по биоэтике.

Впервые вопрос о создании комитета был поднят 4 апреля 1991 г. С таким предложением к Президиуму АН СССР обратились члены отделения философии и права и отделения биохимии, биофизики и химии физиологически активных соединений [Корсаков С.Н., 2006, с. 270].

Позднее, 13–15 мая 1991 г., в Москве прошло знаковое для отечественной биоэтики Международное совещание «Биоэтика и социальные последствия биомедицинских исследований», организованное по инициативе ЮНЕСКО. Председателем оргкомитета стал И.Т. Фролов. Центральная проблема была заявлена достаточно широко — «права человека перед лицом современного научного и технического прогресса» [АРАН, Ф. 2164. Оп. 3. Ед. хр. 6. Л. 2]. Организатором выступил Центр наук о человеке АН СССР в сотрудничестве с Институтом философии

АН СССР и Всесоюзным научным центром хирургии при поддержке компаний «Медигранта» и «Медикона» [АРАН, Ф. 2164. Оп. 3. Ед. хр. 6. Л. 6].

Ключевые проблемы совещания были сформулированы следующим образом: 1) проблемы трансплантации органов; 2) информирование пациента, проблема информационного согласия; 3) биоэтика и закон; 4) социальная институционализация биоэтической деятельности [АРАН, Ф. 2164. Оп. 3. Ед. хр. 6. Л. 7]. В рамках этих проблем рассматривались многочисленные фундаментальные и прикладные вопросы: можно ли преодолеть двойное противопоставление: бедные страны — поставщики органов, богатые страны — потребители органов; можно ли преодолеть при трансплантации органов проблемы, связанные с религиозными и духовными убеждениями пациентов; как решить проблему согласия донора и др. [АРАН, Ф. 2164. Оп. 3. Ед. хр. 6. Л. 8].

В работе совещания приняли участие ведущие специалисты мира в области медицины, биологии, философии и права. В резолюции признавалось, что «Советский Союз относится к той категории стран, в которых интерес общественности пока мало проявлен и не артикулирован. Между тем развитие биоэтики является важным как с точки зрения движения к правовому государству, так и в плане гуманизации общества, обеспечения социальной заинтересованности человека» [АРАН, Ф. 2164. Оп. 3. Ед. хр. 6. Л. 23]. Таким образом, развитие и популяризация биоэтики рассматривались в контексте с желаемым вектором эволюции советского общества.

Успешное проведение совещания значительно повысило шансы на изменение статуса как направления научных исследований биоэтики в СССР. Вместе с тем основные противоречия и сложности этого процесса хорошо передает прошедшее 29 октября 1991 г. заседание Президиума АН СССР, на котором встал вопрос о создании Советского национального комитета по биоэтике.

На заседании было предложено сформировать национальный комитет, готовый войти в Международную ассоциацию. В качестве председателя выдвигалась кандидатура И.Т. Фролова, заместителем предлагали сделать академика А.А. Баева. Однако возникли сложности. Поскольку вопрос был внесен сверх основной повестки, математик-академик А.А. Гончар высказал сомнение в необходимости его срочного решения без серьезной проработки. Кроме того, по его мнению, биоэтика скорее относится к ведению биологов, а не философов. Появился риск того, что идею похоронят при помощи формально-бюрократических методов.

И.Т. Фролов на заседании отсутствовал, поэтому на вопросы отвечал А.А. Баев. Говоря о сомнениях по поводу срочности вопроса, он заявил: «...Действительно у этого вопроса нет срочности, но просто потому, что мы запоздали с ним по крайней мере на двадцать лет. Только поэтому. Поэтому ваш вопрос я совершенно не понимаю. Дело в том, что за рубежом есть, помимо общества по биоэтике, еще кафедры по биоэтике, есть журналы по биоэтике и есть очень крупные специалисты по биоэтике, т. е. то, чего у нас абсолютно нет. И поскольку этот вопрос очень затянулся, я думаю, что уклоняться от принятия этого решения Президиуму нет оснований» [АРАН, Ф. 2. Оп. 1. Д. 1691. Л. 96]. А.А. Гончар высказал сомнения, что именно И.Т. Фролов должен стать во главе комитета, а также призывал привлечь к участию представителей других отделений. А.А. Баев париовал тем, что И.Т. Фролов давно занимается проблематикой биоэтики в отличие от биологов, медиков и химиков, которые эти проблемы избегают.

Часть членов президиума поддержала сомнения А.А. Гончара. Быстро выяснилось, что многие вообще не знают, что такое биоэтика (что встречается и сегодня). Поэтому понадобилось разъяснение, которое дал академик Р.В. Петров. Он указал на то, что комитет по биоэтике просто необходим и его задачей станет выработка всеобщих принципов биоэтики в СССР. По поводу вопроса о руководителе выступавший не высказал четко своего мнения, но указал, что, например, биологу, ставящему эксперименты над животными, трудно контролировать свою

работу, поскольку он выступает заинтересованным лицом. В своем выступлении Р.В. Петров привел один показательный пример, демонстрирующий, что если ранее советское общество (хотя бы официально) позиционировалось как самое справедливое и передовое, то теперь настроения заметно изменились. Он утверждал: «Сейчас иностранные фирмы предлагают большие деньги [нашим] институтам, у которых есть клиники... Потому что, например, французы не позволяют французам вводить лекарства, которые еще ни разу не вводили людям. Англичане не хотят использовать англичан для этой цели, они хотят использовать русских и китайцев» [АРАН, Ф. 2. Оп. 1. Д. 1691. Л. 99]. Теперь получалось, что советские (русские) граждане оказываются в мировой иерархии едва ли не гражданами второго сорта. Оставим за скобками вопрос, насколько такой взгляд был справедлив. Важно, что в общественном пространстве все чаще звучали вполне недвусмысленные намеки на это. Такой перелом в мировосприятии (а он фиксируется отчетливо и по другим источникам) также стимулировал признание важности биоэтических проблем в научном сообществе. Получалось, что многочисленные проблемы, напрямую связанные с биоэтикой (торговля органами, испытание лекарственных препаратов), которые раньше объявлялись проблемами малоразвитых стран, касались и советского общества.

Президент АН СССР Г.И. Марчук, резюмируя итоги заседания по вопросу об организации Советского национального комитета по биоэтике, подчеркнул, что теперь никаких сомнений в его создании не возникает. Оставался открытым вопрос о руководстве и практической реализации проекта. В заключение он признался, что недавно смотрел телепрограмму по проблемам, напрямую связанным с биоэтикой, и она произвела на него большое впечатление, в т. ч. и поэтому у него нет сомнений в необходимости создания комитета. Отметим здесь и тот факт, что публичное обсуждение актуальных проблем биоэтики играло заметную роль в признании их значимости внутри академического сообщества начала 1990-х годов.

Уже в декабре 1991 г. Советский Союз прекратил свое существование, комитет нужно было организовывать в условиях стремительных трансформаций всех сторон жизни общества и науки. 26 февраля 1992 г. был создан Российский национальный комитет по биоэтике, имевший статус независимого общественного объединения при Российской академии наук. Его сопредседателями стали И.Т. Фролов и А.А. Баев [Корсаков С.Н., 2006, с. 270].

Таким образом, появление Российского национального комитета по биоэтике было обусловлено целым рядом взаимозависимых факторов. Общие тенденции развития науки сошлись с возникшими на волне перестройки общественным запросом и политической либерализацией. Значительную роль сыграла инициатива академика И.Т. Фролова, обладавшего серьезным научным и административным признанием. В то же время одной инициативы даже такого влиятельного человека было недостаточно, нужен был соответствующий социокультурный и интеллектуальный фон, некий контекст проблемы, способствующий лучшему пониманию важности проблем биоэтики для современного общества. Определенную роль сыграл и кризис сознания советского общества в конце 1980-х годов, когда в публичном пространстве стало возможным говорить о его отсталости во многих сферах жизни, в т. ч. и напрямую связанных с медициной и биоэтикой.

БИБЛИОГРАФИЯ

Академик Иван Тимофеевич Фролов: Очерки. Воспоминания.

Избранные статьи / Под ред. В.С. Степина. — М.: Наука, 2001. — 644 с.

Архив Российской академии наук (АРАН).

Балалыкин Д.А., Киселев А.С. История и современные вопросы развития биоэтики. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 144 с.

Вайль П., Генис А. 60-е: Мир советского человека. — М.: АСТ, 2013. — 432 с.

Иван Тимофеевич Фролов / Под ред. В.А. Лекторского. — М.: РОССПЭН, 2010. — 567 с.

Илтис А. Этика в политике Аристотеля: биоэтика в современном государстве // История медицины. — 2015. — Т. 2(4). — С. 546–553.

Корсаков С.Н. Академик И.Т. Фролов и развитие биоэтики в России // Человек. — 2008. — № 3. — С. 27–37.

Корсаков С.Н. Иван Тимофеевич Фролов, 1929–1999: загадка жизни и тайна человека, поиски и заблуждения. — М.: Наука, 2006. — 575 с.

Круглый стол «От теории — к практике и новой теории» // Вопросы философии. — 1992. — № 10. — С. 3–32.

Михель И.В. Биоэтика в контексте истории: философские исследования биоэтического движения. — Саратов: Саратовский государственный технический университет, 2015. — 248 с.

Тихонов В.В. У истоков Российского национального комитета по биоэтике: исторический, социокультурный и политический контексты // История медицины. — 2019. — Т. 6(1). — С. 52–57.

Юдин Б.Г. Человек: выход за пределы. — М.: Прогресс-Традиция, 2018. — 472 с.

Hoffman L.D. Cultivating the Masses: Modern state practices and Soviet Socialism, 1914–1939. — Ithaca, London: Cornell University Press, 2011.

Первый принцип биоэтических принципов

Современная тематизация субъективного аспекта в биоэтике в значительной мере зависела от выхода одного из наиболее авторитетных изданий — «Principles of Biomedical Ethics» [Beauchamp T.L., Childress J.F., 1994]. Эта книга во многом закрепила, сформулировала в ясном виде те ценностные установки и регулятивные правила, которые определяют отношение к индивиду. Индивид стал пониматься как автономная личность, обладающая непоколебимым правом самому принимать решения, обладать доступом к информации о ходе лечения, конфиденциальность которой будет обязательно сохранена. Авторы принципов данной модели отмечали, что в их замысел не входило создание исчерпывающей и абсолютно ясной этической системы, которая в каждом конкретном случае давала бы четкую рекомендацию относительно действий. Иначе говоря, их интерес был не столько теоретический, сколько практический: дать этическое руководство для врачебной деятельности, которое помогало бы сделать последнюю сообразной этическим нормам. Они следовали в целом очевидному соображению: в реальной врачебной практике существует многообразие ситуаций, которые не способна охватить ни одна этическая теория.

Подобное торжество прагматизма над смесью деонтологии и утилитаризма обусловлено приматом одного из принципов над другими¹. Внимательное прочтение обнаруживает крайнюю значимость первого принципа и фактическую зависимость от него остальных. Принцип автономии выступает своего рода первой онтологией, герменевтической опорой, когда речь заходит о прояснении значения того, что есть совершение блага в каждом конкретном случае; где проходят границы вреда (как в случае беседы психотерапевта с пациентом, так и при оглашении результатов генетической экспертизы); толковании того, что является справедливым распределением бюджета в области здравоохранения, а что — нет. Вред, благо, справедливость — все это толкуется с позиции интересов личности, которая во всех этих случаях должна оставаться автономной (с некоторыми оговорками, например при психических расстройствах [Beauchamp T.L., Childress J.F., 1994, p. 163–164]).

Первичность принципа автономии может быть легко продемонстрирована при реставрации временного порядка лечения: в самую первую очередь оно требует информированного согласия. Согласие, которое является здесь следствием или самой реализацией автономии, опережает любое действие, а значит, благо, вред, справедливый поступок. Конечное решение всегда за пациентом, и коррекция возможна только в рамках его уже состоявшейся свободы выбора. К примеру, пациент отказывается от жизненно важного для него переливания крови по религиозным убеждениям. Подобное бездействие могло бы восприниматься как причинение вреда или нарушения принципа благодеяния, однако это бездействие священо, по крайней мере, пока пациента не переубедили. Число подобных ситуаций велико, но их общее значение одинаково. Сперва следует победить автономию или согласиться с ней, чтобы говорить о балансировке этических принципов, как делают это Бичамп (Beauchamp) и Чайлдресс (Childress).

¹Сочетание их логик на протяжении книги обнаруживают исследователи принципов, см.: Arras J.D., 2017, p. 4.

При всей существующей критике автономия не уходит ни со страниц работ по биоэтике, ни из пособий для медицинского персонала. Отчасти здесь имеет место отголосок реакции на бесчеловечные эксперименты, дискуссия вокруг которых и послужила одним из истоков самой биоэтики [Campbell A.V., 2013, p. 2–4]. С другой стороны, живучесть термина должна объясняться исходя из современных реалий. Так, Юкка Варелиус (Varelius), признавая трудность нахождения какого-либо положительного определения, пытается выяснить ценностный статус автономии [Varelius J., 2006]. Ее защитникам следует уменьшить свои претензии, их принцип не может претендовать на абсолютную роль. Весь вес аргументации в его статье распределяется по двум осям: автономия как поступок собственный/гетерономия как действие, продиктованное другим, и автономия/благосостояние. Отмежевание от гетерономии невозможно: пациент вынужден консультироваться со специалистами, мнение которых неизбежно будет влиять на его решение. Сторонники идеи релятивной автономии также могли бы добавить свое слово о влиянии родственников или в принципе значимых людей на конечный ответ [Dove E.S. et al., 2017]. Автономия должна быть одной из ценностей или же вовсе иметь инструментальное значение, способствовать благосостоянию пациента. Вне последнего теряется весь позитивный контекст, и ее требование остается невыполнимым желанием полной свободы индивида.

Однако что значит способствовать благосостоянию? Подобное заявление уже предполагает, что мы имеем в своем распоряжении некую модель субъекта (который и определяет смысл блага, будучи автономным). Необходимо показать, что признавать процессуальное (процедурное) осуществление автономии и говорить об автономии личности (как ценности, желанной цели) — это не одно и то же, и обсудить как предполагаемые причины закрепления этого различия, так и некоторые следствия из него для медицинской практики.

Автономия личности без личности?

Как замечают Дайв (Dive) и Ньюсон (Newson), авторы «джорджтаунской мантры» трактуют свой главный принцип достаточно упрощенным образом. Стремясь составить наиболее понятное практическое руководство, они фактически сводят автономию к информированному согласию [Dive L., Newson A., 2018]. Это стандартное определение сводит все к проверке условий выполнения процедуры (дачи согласия). Эти условия хорошо известны: действие, совершаемое пациентом, должно быть интенциональным, разумным и свободным. Подобная экономия приводит к редукции: автономными оказываются поступки, а не люди. Автономия личности без личности — вот парадоксальный тезис, который мы вынуждены принять, довольствуясь однократной проверкой ситуации на три критерия.

Данный тезис напрямую относится к анализу индивидуализации в современном обществе, проведенному З. Бауманом (Bauman). Согласно Бауману, индивидами становятся по воле случая, ввиду социальных обстоятельств, а не из-за собственного выбора [Бауман З., 2005]. Индивидуализирующие усилия более не нужны: само лоно социальной жизни полно индивидуальных ситуаций и случаев. Широта того, что является предметом индивидуального выбора, компенсируется при этом малыми возможностями контролировать его последствия. Генетические тесты, улучшение человеческой природы, — хорошие примеры того, как, не имея возможности спрогнозировать результат (а значит, и подчинить его логике индивидуального намерения, спланировать самому), осуществляется действие. Более того, не все индивиды имеют равные социальные, экономические возможности к самореализации, и тем не менее уже находятся в обществе, где утвердился индивидуализированный жизненный уклад. В итоге мы получаем положение Баумана о том, что индивидуальность проявляется скорее *de jure*, чем *de facto* [Бауман З., 2005, с. LII]. При этом, как показывает У. Бек (Beck), эти проявления имеют место при стандартизации жизненных ситуаций и биографий. В конечном счете они ориентированы на

рынок, и высвобождение индивида неизбежно сопровождается реинтеграцией «посредством профессионального образования, правовой фиксации, онаучивания и т. д.» [Бек У., 2000, с. 192].

Учитывая этот социально-критический анализ, автономия может как указывать на навязчивое стремление решать самостоятельно, так и быть простым признанием утраченности общей (семейной, классовой, национальной) перспективы или вовсе пониматься как необходимость самоопределения, с которой не всегда сопоставлены соответствующие возможности. Эти три субъективно окрашенных смысла автономии переплетаются друг с другом, будучи различными вариациями на тему индивидуализированного бытия, экспертность и полномочия которого обычно значительно меньше рисков и ответственности, возлагаемых на его плечи. Здесь можно говорить о возникновении двух противоположных реакций на столь сложное требование автономии: во-первых, это описанное З. Бауманом поведение постмодерновой личности, дробящей жизнь на череду плохо связанных фрагментов, и, наоборот, стремление к консолидации, поиску себя.

Сравнивая образ жизни, свойственный прежнему модерну, с новым, свойственным «текущей современности», З. Бауман отмечает смену приоритета, жизненных стратегий и самого настроения в отношении перемен [Бауман З., 1995]. Во-первых, страх быть ограниченным, оказаться частью бездушного государственного механизма (контролируемого Большим Братом), одной единственной жизненной перспективы (профессии, места обитания, отношений) уступает страху фиксированности. Во-вторых, современные люди не видят своей жизни в качестве проекта, который когда-либо будет завершен. Они не выстраивают его, закладывая основание, чтобы затем перейти к фундаменту и оставить потомкам обживать и улучшать строение. Забота о следующих поколениях — одна из тем, без которой биоэтическая инициатива представляется неполноценной, перестает быть насущной в силу неясности перспектив собственного будущего. Вместо метафоры дома, обнаруживающей связь поколений и необходимость заботы о жилище (от платы по коммунальным счетам вплоть до ремонта, исправляющего существенные недостатки), для социализации индивида более подходит метафора компьютерной игры, в которой можно менять своего персонажа и выбирать нового.

На наш взгляд, то, что описывает критическая социология здесь, есть как раз те чрезвычайно продуктивные условия для споров о значении автономии в биоэтике. Иначе говоря, в рамках теории Баумана находит свое отражение автономия на уровне отдельных решений, но никак не личности. Последняя должна обретать ее за счет усилий, конструирования своей идентичности. Но разве этот процесс является некой однократной процедурой, которая имеет внутреннюю цель? Отвечая отрицательно на данный вопрос, на первый план в демонстрации того, что значит идентичность сегодня, выходят турист, бродяга, фланер... Дополнить список З. Баумана вполне мог бы человек, оказавшийся на больничной койке. Ребекка Уолкер (Walker) демонстрирует, как сиюминутное (например, слабость воли или сильное желание) оказывается важнее долговременного, ценностей, которые были заложены пациентом в стратегию своей идентичности [Walker R.L., 2008].

При сегодняшней объективной «стандартизации жизненных ситуаций» становится возможной формализация принципа автономии. У клиники нет времени рассматривать уникальность отдельно взятого случая (проверять его на соблюдение автономии или ее нарушение и уж тем более способствовать ее обретению); в целом следует довольствоваться решением больного, которое нужно уважать, но не оспаривать в диалоге с ним. Даже начавшись, этот диалог вряд ли был бы простым. Нужно учесть, что его субъект — это носитель постмодерновой идентичности. Последняя никогда не фиксирована в рамках строгого набора ценностей — принципиальным образом в ней прописана неопределенность. То, что в ней определено, зна-

чительно заключено в кавычки, подчинено квантору изменчивости. Это наброски «себя», крупные или мелкие штрихи к собственной биографии, которая затем рассматривается «активным центром», «плановым бюро»².

В той мере, в какой мы принимаем анализ идентичности, предложенный З. Бауманом, нам незачем идти дальше стандартной модели. Если же, напротив, мы считаем, что он обрисовывает лишь пограничные случаи или же не является всеохватным (т. е. претендующим на понимание жизненного мира как жителя западного мегаполиса, так и африканской деревни), мы вправе спросить о наличии устойчивой стратегии субъективности. Ее выявление есть введение двух различающих осей между существенным и несущественным, между подлинным и неподлинным. Для каждого конкретного пациента проведение таковых различий будет означать попытку саморефлексии с целью выделить истинные приоритеты, отвечающие как голосу совести, так и чувству «Я». Врач является помощником в этом нелегком деле и должен установить доверительные отношения с пациентом.

Отвечая на вопрос о ценности автономии, поставленный в статье Варелиуса, стоит согласиться с тем, что она взаимосвязана с благосостоянием пациента. Противопоставить же ее следует не гетеронмии, а отсутствию порядка, политики субъективизации. Если последнее верно, то мы неавтономны, когда опрокидываются или игнорируются основные ценности, которыми мы наделяем нашу жизнь смыслом в долгосрочной перспективе. Далее следует показать значительную условность этой долгосрочности, т. к. биоэтика не может трактовать ее, опираясь только на время жизни индивида.

Недостаточность индивидуализма

Поздние издания «Принципов» сообщают о необходимости обращения к общей морали. Принципы не содержат качественного определения блага и справедливости, их мы должны получить из уже имеющегося морального контекста. При таком подходе автономия ставится в один ряд с другими ценностями. Эмпирические исследования показывают, что это не идет ей на пользу, даже если речь заходит о ценностях студентов медицинских вузов и практикующих врачей [Christen M. et al., 2014]. Автономия — это всего лишь одна ценность из числа тех, что могли бы понадобиться биоэтике. Не обладающая ни однозначностью, ни всеобщностью даже для специалистов, которым адресована, она вряд ли может претендовать на главную роль. Учитывая же ее потенциальную полезность для благосостояния пациента, можно спросить: до какого предела нам следует способствовать автономии [Dive L., Newson A., 2018]? На наш взгляд, ответ на этот вопрос уже не может следовать только из отношений врача-пациента, из жизненного мира отдельного человека и/или его семьи, его должна дать сама коллективная реальность, в которой размываются дуализмы «глобального и национального» (У. Бек). Здесь можно сделать шаг в сторону, совершить своеобразное эпохе по отношению к устоявшемуся образу биоэтики, по направлению к более широкой перспективе, предложенной Р.В. Поттером (Potter).

Обосновывая свой проект глобальной биоэтики, Р.В. Поттер выступает сторонником баланса между индивидуальными интересами и общечеловеческими, а также интересами остальных видов, населяющих разнообразные экосистемы [Potter V.R., 1988]. Экосистема при этом не сводится к окружающей среде, преобразуемой под человеческие нужды. Поттер предлагает объединить механистический взгляд на человека как на адаптивную систему с экологическим и гуманистическим мировоззрением [Potter V.R., 1971]. Сегодня с Р.В. Поттером соглашаются, а его перспектива представляется ценной по причине нарастающей реалистичности заявленной им проблематики. Глобальные проблемы, объединяя континенты, не подчиняются логике

²Посредством этих метафор Бек характеризует самосознание современного индивида [Бек У., 2000, с. 199].

национальных различий. Между ними есть четкая взаимосвязь, и решать их требуется в комплексе [Ten Have H., 2016, p. 24]. Одна проблема при этом будет подтягивать другую, образуя круг, из которого непросто выбраться. Например, распространение небезопасных продуктов питания, загрязнение водных источников создают проблему для здравоохранения. Решение ее будет затрагивать проблему справедливости и ее реализации: доступ к медикаментозным средствам и чистой воде отличается бедные слои населения от богатых. От экологических к социальным через климатические — маршрутизация в области решения глобальных проблем требует системного подхода, международной кооперации, действий мирового масштаба [Ten Have H., 2016].

С момента публикации «Моста в будущее» мировая ситуация неуклонно менялась по траектории космополитизации, биоэтика же оставалась преимущественно прежней, подчиняясь индивидуалистическому императиву. У самого Р.В. Поттера индивидуализм интерпретируется как определенный ценностный набор. В качестве его элементов с трудом может мыслиться щедрость, самопожертвование и любовь [Potter V.R., 1988, p. 82]. Поттер приводит в пример разные виды критики, основанные на этой ценностной недостаточности — феминистской, экологической и т. д.

Обозначим два случая, в которых приостанавливается процедура индивидуализации биоэтики, а значит, продвижение автономии имеет свой логический предел.

Во-первых, ценность автономии может быть оспорена изнутри прославляющей ее доктрины. Речь идет о реализации одного из принципов — справедливости. В рамках индивидуалистического толкования справедливое распределение финансов будет означать максимизацию выгод для отдельно взятых пациентов. Когда речь идет о заболеваниях, требующих дорогостоящего лечения, все ресурсы будут потрачены на его осуществление. При таком подходе отдельно взятые личности выиграют, но ущерб будет нанесен другим группам, которые нуждались в излечении от других, более распространенных заболеваний [Campbell A.V., 2013, p. 45–46]. Само задействование принципа справедливости выводит нас за пределы отношений между врачом и больным, справедливость касается не столько индивидов, сколько социальных групп, она, подобно солнцу, светит всем. Основывать ее на индивидуалистическом принципе значило бы упустить общие интересы различных групп и популяций.

Во-вторых, немаловажным следствием индивидуалистической интерпретации является интимизация проблем. Любая поистине глобальная проблема, будучи следствием социальной политики или коллективного воздействия на экологию, трактуется как индивидуальный недостаток. Загрязнение окружающей среды, небезопасные продукты питания, социальная несправедливость — все это переносится на уровень отдельно взятой жизни. Проблемы бедности, отсутствие доступа к элементарным жизненно необходимым благам остаются в стороне, ведь для индивида есть лишь его трагическая неспособность забраться вверх по социальной лестнице, «выйти в люди». Автономная личность ошибается, не прочитав состав продуктов, пока действительная проблема заключается в недостатке контроля или погоне предприятий за уменьшением издержек. Наконец, загрязнение атмосферы Земли и растущее вместе с ним число заболеваний дыхательных путей успешно «решаются» переездом в сельскую местность. Глобальные, общие по своему происхождению и воздействию проблемы становятся тем, что осмысливается в рамках индивидуальных решений и выборов. Они «интимизируются», уходят из публичного в приватное, и это весьма распространенная практика. Это тенденция, которой противостоит замысел глобальной биоэтики.

Экологическая этика, к которой отсылает нас Р.В. Поттер, сама по себе требует концепции индивидуальности, принимающей в учет обстоятельства своего появления. Тщательный анализ того, что представляет собой человеческий индивид, способен привести нас к пости-

жению взаимосвязи его с остальным сущим. Иначе говоря, он становится космополитом ради сохранения своего вида, а также ради интересов большего целого, частью которого он всегда являлся. Единственное, что не хватало ему, — понимание, соответствующее самосознание. Он был ограничен концептуально, действовал в ущерб окружающей среде и другим популяциям, не осознавая собственных предпосылок. Распространенный способ заключения о причинах технологического подхода к миру (эгоистического, потребительского) ведет к признанию неразумности, неадекватности человеческого поведения.

Далее обсудим не столько космополита, сколько логику перехода к нему. Вопрос будет звучать так: разумен ли космополит? Является ли он расширением, улучшенной версией автономной личности?

Разум и индивид

Как мы могли видеть ранее, концепция автономии даже в ее усеченном варианте сводится к тому, чтобы пациент принимал разумное взвешенное решение. Он не может принимать его, находясь под воздействием убеждений, несовместимых друг с другом. Автономное действие значит преднамеренное; его определяющие черты, интенциональность и понимание также являются классическими маркерами разумного поведения [Свендсен Л., 2016]. Более того, само противопоставление понимания и основанного на нем преднамеренного действия (импульсивного, совершенного под влиянием чувств) имеет давнюю традицию в европейской мысли. Если в основании автономии лежит разумное взвешенное решение, то чем может руководствоваться космополитический субъект?

«Биоэтика для посторонних» Энгельгардта (Engelhardt) заявляет о необходимости использования разума как формализующего орудия [Engelhardt H.T., 1996]. Разуму отводится роль в создании структур правильной коммуникации, где голос каждого индивида должен быть услышан. Если определенная позиция по одному из этических вопросов будет достаточно эффективно подана в своей аргументационной обертке, станет привлекательной для индивидов других сообществ, то продвигаемая в ней идея имеет шанс выстрелить на рынке идей, оказаться воплощением всеобщей воли. Голоса множества индивидов будут собраны в рамках разумного консенсуса, оживляющего коллективную волю, забытую в период разногласий. При этом ее решения будут принципиально временными, временным удачным согласованием интересов на рынке идей. Суть в том, что индивидуальное мышление и связанные с ним свободы (мысли, слова и т. п.) есть производные разума. Множество возникающих мнений и оснований для противоположных поступков не ведет к долговременному консенсусу, в связи с чем для индивидуалистской доктрины встают проблемы общего блага.

Эту мысль о том, что разум оказывается индивидуализирующим орудием, прекрасно иллюстрирует «Феноменология Духа» [Гегель Г.В.Ф., 2019]. Гегель делает несколько выводов об индивидуальности, исследуя переход от разума к духу. Оба эти раздела повествуют о сложных отношениях индивидуального и всеобщего, существенное различие между ними — в источнике доступа к всеобщему, в выборе средств. Дух и разум отличаются позицией в отношении закона: для первого он предстает как непосредственная внутренняя сущностная данность, а для разума закон есть всегда внешний, необязательный (или нуждающийся в своей проверке, в возможности его применения и исполнения). Он необязателен для единичности, сущность которой составляют типичные влечения, «законы» сердца и т. д. Опосредованность заповедей/закона для разумного сознания ставится в оппозицию непосредственному бытию в субстанции, обнаруживаемой или «интуитивизируемой» нравственным сознанием.

Продвижение к нравственной субстанции происходит через преодоление моментов изолированности. Разум обесценивает себя: к примеру, он предполагает всеобщее в заповедях,

но им противостоит чуждая действительность, сотканная из индивидуальных устремлений. При вступлении в Дух не должно остаться сомнений в том, что есть нечто вне всеобщего. Гегель пишет: «Я нахожусь в нравственной субстанции благодаря тому, что правильное для меня есть в себе и для себя» [Гегель Г.В.Ф., 2019, с. 377]. Нерешительность, борьба — все это несвойственно нравственному сознанию, т. к. оно уже знает, что такое хорошо и что такое плохо [Гегель Г.В.Ф., 2019, с. 400]. Оно не предписывает себе законы и не должно проверять их. До этого Гегель описывал абстрактные категории, но теперь они становятся конкретными: индивидуальное мыслится только как имеющее реализацию во всеобщем.

Наше предположение состоит в том, что уже здесь, а не в более поздних разделах мы встречаемся с автономией личности и ее кризисом, а также с прекрасным описанием проблематического положения космополита. Индивидуальность оказывается всеобщей реальностью, но она внутренне разбита в поисках содержательного аспекта всеобщего [Гегель Г.В.Ф., 2019, с. 343]. Пока автономия остается защитным средством индивида на пути к самореализации, его родовая реализация (сообщество индивидов) всегда испытывает недостаток субстанции: неясно, что вынуждает изобретать законы совместного бытия, чтобы сдержать вместе рассыпающееся единство равноправных субъектов³. Иначе говоря, автономия может обойтись не только без личности (как мы могли видеть ранее), но и иметь антисоциальные следствия.

Космополитическое решение?

Современной инкарнацией гегелевского решения является космополит. Однако не вполне ясен логический переход от автономной личности к нему. У космополита нет единой субстанциальной точки опоры (глобальной семьи, народа или государства), но есть множество пересекающихся проблем глобального масштаба и космополитических ситуаций [Бек У., 2008].

С одной стороны, это проблема, т. к. для воплощения проектов не находится соответствующих сил. Хотя есть международные биоэтические кодексы и декларации, кооперация и деятельность согласно им считаются скорее спорадическими [Ten Have H., 2016, p. 109]. Отсутствие продолжительной горизонтальной политики в области управления глобальным здравоохранением есть лишь следствие того, что, подобно гегелевскому разумному индивиду, мы имеем дело лишь с заповедями, но не законами. Как же тогда перейти от формообразования сознания (идея космополита) к непосредственному моральному бытию?

С другой стороны, лишенность субстанции есть необходимая предпосылка этого перехода. Ее вклад заключается в том, что она размыкает спор оснований, дискуссию между различными этическими системами: индивиды, выражая свои мнения, дают сложные ответы на вопросы жизни и смерти, места человека в мире и т. д. Если бы верно было обратное, то дорога к космополитической точке зрения неизменно преграждалась бы частными и конкретными обязательствами перед семьей, коллегами, государством. Особую актуальность приобретает тогда толкование индивидуализма не как существующих социальных, жизненных обстоятельств или же системы ценностей, но как определенного познавательного стиля. Его характеризует то, что мир начинает видеться как проблема и там, где были ответы, остаются только вопросы [Декомб В., 2000, с. 306].

Гегель прочерчивает отношение, обратное устоявшемуся: индивид должен постигнуть, что есть некий мир [Гегель Г.В.Ф., 2019, с. 381]. Мы предполагаем, что намеченное здесь решение не в пользу коммунитаризма, а скорее в пользу доиндивидуального. Используя этот термин, следует вести учет факторам, влияющим на процесс индивидуации. Именно обращение к доиндивидуальному позволяет актуализировать стратегии аргументации, в которых поиск общего не сопровождается утратой индивидуальности. Речь идет о проектах, подобных

³ Исчерпывающий критический обзор такого мира, состоящего из индивидуальностей, но лишенного общих моральных ориентаций, оснований, см.: *Verene D.P.*, 1985, p. 92–104.

глубинной биоэтики [Whitehouse P.J., 2001, p. 41], утверждающей, что без мистического единства с природой не может быть очерчена и мотивирована стратегия глобальной биоэтики. Не увенчавшиеся попытки найти всеобщее во внешнем мире, теперь отодвинуты в мир внутренний: речь идет о совершенствовании индивида в аспекте биоэтического образования или же познания глубинной экологии. Что значит быть частью этого мира? Такой вопрос может быть взят здесь за отправную точку.

Другой урок (который можно извлечь из отсутствия у космополита происхождения и социальных корней) заключается в том, что мы не вправе требовать от разума большего, чем аналитический поиск элементов всеобщего в уже действующих локальных системах ценностей. Такие попытки поиска компонентов универсальной морали предпринимаются сегодня [Curry O.S. et al., 2019]; чаще всего они сопровождаются предупреждением о невозможности их навязывания, первичности диалога в целях связать локальное толкование с глобальной перспективой. Бек, таким образом, высказывается о необходимости учета последствий для мира и окружающей среды при принятии решений на государственном уровне [Бек У., https://www.gorby.ru/userfiles/lekciya_ulrih_beka.pdf]. Мы можем наблюдать, как в некоторых моделях принцип благодеяния, лишаясь своей содержательной стороны, уступает гораздо более конкретному «не навреди». Кимберли Хатчингс (Hutchings) отмечает, что вместо построения общей онтологии как первостепенной задачи биоэтики было бы куда полезнее заняться поиском споров, принципов событий с другими [Hutchings K., 2019]. Ее плюриверсальность есть не категорический императив будущего, а культивация творческих ресурсов для нахождения путей сотрудничества с другими.

Этот путь взаимных уступок соответствует осознанию собственного несовершенства у космополита. Объединяют не только проблемы, но и недостатки, которые позволяют обнаружить поразительное сходство и солидарность. Именно чувствительность к ним и открывает дорогу к признанию других идентичностей. Быть космополитом значит стремиться найти общий язык с представителями разных культурных миров. Его этический облик складывается на расколе с индивидуалистической моделью автономии, когда та буксует (не в силах показать ценность отношений, дать объяснение тому, откуда и почему берутся обязательства перед человечеством в целом или природой) или же становится абсолютной ценностью как свобода. Это замечание, открывающее дорогу исследованию феномена современного космополитизма, должно сопровождаться оговоркой. Быть может, «космополит» вообще не есть подходящий глобальной биоэтике термин и целиком и полностью принадлежит логике навязывания западных ценностей. Но и в этом случае философия субъекта должна продолжать свою работу. Если биоэтика хочет быть чем-то большим, чем очередная версия медицинской этики (претензия, которая предъявляется биоэтике), то должна быть представлена концепция ее субъекта, который бы соответствовал космополитическому миру, долгосрочной перспективе в области здравоохранения и масштабу глобальных проблем.

БИБЛИОГРАФИЯ

- Бауман З. Индивидуализированное общество / Пер. В.Л. Иноземцева. — М.: Логос, 2005. — 324 с.
- Бауман З. От паломника к туристу // Социологический журнал. — 1995. — № 4. — С. 133–154.
- Бек У. Жизнь в обществе глобального риска — как с этим справиться: космополитический поворот. — https://www.gorby.ru/userfiles/lekciya_ulrih_beka.pdf (февраль 2021).

- Бек У. Космополитическое мировоззрение. — М.: Центр исследований постиндустриального общества, 2008. — 336 с.
- Бек У. Общество риска. На пути к другому модерну / Пер. В. Седелника, Н. Федоровой. — М.: Прогресс-Традиция, 2000. — 384 с.
- Гегель Г.В.Ф. Феноменология Духа / Пер. Г. Шпета. — СПб.: Азбука, 2019. — 704 с.
- Декомб В. Философия грозных времен // В кн.: Современная французская философия / Пер. М.М. Федоровой. — М.: Весь Мир, 2000. — С. 184–336.
- Свендсен Л. Философия свободы / Пер. Е. Воробьевой. — М.: Прогресс-Традиция, 2016. — 264 с.
- Соложенкин Б.С. Трансформация субъекта в биоэтике: от автономной личности к космополиту // Вестник Санкт-Петербургского университета. Философия и конфликтология. — 2020. — Т. 36. — Вып. 3. — С. 484–496.
- Arras J.D. *Methods in Bioethics: The Way We Reason Now*. — New York: Oxford University Press, 2017. — 248 p.
- Beauchamp T.L., Childress J.F. *Principles of Biomedical Ethics*, 4th edition. — New York: Oxford University Press, 1994. — 560 p.
- Campbell A.V. *Bioethics: The Basics*. — New York: Routledge, 2013. — 188 p.
- Christen M., Ineichen C., Tanner C. How ‘moral’ are the principles of biomedical ethics? — a cross-domain evaluation of the common morality hypothesis // BMC Med Ethics. — 2014. — Vol. 15(47). — P. 1–12.
- Curry O.S., Mullins D.A., Whitehouse H. Is It Good to Cooperate?: Testing the Theory of Morality-as-Cooperation in 60 Societies // Current Anthropology. — 2019. — Vol. 60(1). — P. 47–69.
- Dive L., Newson A. Reconceptualizing autonomy for bioethics // Kennedy Institute of Ethics Journal. — 2018. — Vol. 28(2). — P. 171–203.
- Dove E.S., Kelly S.E., Lucivero F. et al. Beyond individualism: Is there a place for relational autonomy in clinical practice and research? // Clinical Ethics. — 2017. — Vol. 12(3). — P. 150–165.
- Engelhardt H.T. *The Foundations of Bioethics*. — New York: Oxford University Press, 1996. — 464 p.
- Hutchings K. Decolonizing Global Ethics: Thinking with the Pluriverse // Ethics & International Affairs. — 2019. — Vol. 33(2). — P. 115–125.
- Potter V.R. *Bioethics, A bridge to the future*. — Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1971. — 205 p.
- Potter V.R. *Global bioethics: Building on the Leopold legacy*. — **East Lansing:** Michigan State University Press, 1988. — 203 p.
- Ten Have H. *Global bioethics: an introduction*. — New York: Routledge, 2016. — 272 p.
- Varelius J. The value of autonomy in medical ethics // *Medicine, Health Care, and Philosophy*. — 2006. — Vol. 9(3). — P. 377–388.
- Verene D.P. *Hegel’s Recollection. A Study of Images in the Phenomenology of Spirit*. — New York: State University of New York Press, Albany, 1985. — 148 p.
- Walker R.L. Medical ethics needs a new view of autonomy // *Journal of Medicine and Philosophy*. — 2008. — Vol. 33(6). — P. 594–608.
- Whitehouse P.J. The Rebirth of Bioethics: A Tribute to Van Rensselaer Potter // *Global Bioethics*. — 2001. — Vol. 14(4). — P. 37–45.

Бесплодие становится одной из ведущих проблем современной медицины. По статистике каждая седьмая пара не может забеременеть [Mascarenhas M.N. et al., 2012], а в развивающихся странах этот показатель достигает одной трети¹. В связи с этим вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) все больше используются для достижения беременности. Одной из востребованных процедур ВРТ является суррогатное материнство.

Суррогатное материнство (СМ) — репродуктивная технология, при которой женщина соглашается забеременеть и отдать рожденного ребенка другой супружеской паре, как правило генетически связанной с ребенком². СМ необходимо для преодоления бесплодия женщины, которая не может забеременеть, если у нее отсутствует матка или она не способна выносить ребенка.

Однако СМ имеет ряд биоэтических проблем, которые ставят вопрос о допустимости ее применения. Секулярное решение биоэтических репродуктивных вопросов коренным образом различается с религиозным, особенно христианским [Engelhardt H.T., 2000, p. 233], поскольку в христианском их прочтении появляются новые измерения, связанные с метафизической составляющей человека. Противоречие секулярного и религиозного дискурсов вопросов СМ находит отражение в реалиях российского общества, где, с одной стороны, в рамках российского законодательства СМ допустимо и приемлемо³, а с другой — категорически запрещено Русской православной церковью [Основы социальной концепции РПЦ, 2008, с. 134–135; О крещении младенцев при помощи «суррогатной матери, 2013]. Дискуссионность вопроса обострилась в конце 2019 г., поскольку Комиссия по богословию и богословскому образованию Межсоборного присутствия РПЦ начала разрабатывать проект документа об отношении церкви к экстракорпоральному оплодотворению (ЭКО) и провела Круглый стол по данной проблеме⁴. В обсуждении приняли участие специалисты по богословию, философии и медицине, представившие широкий спектр мнений по тематике документа, которые будут использованы при его дальнейшей доработке. В разрабатываемом документе, несмотря на либерализацию возможности использования некоторых форм ЭКО, позиция к СМ останется, по всей видимости, резко негативной.

¹См.: Infecundity, infertility, and childlessness in developing countries. Demographic and Health Surveys (DHS), ORC Macro and the World Health Organization. —https://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/DHS_9/en/ (февраль 2021).

²В данном тексте будет рассматриваться вариант полного СМ, когда женщина, вынашивающая ребенка, не связана с ним генетически.

³В России правовые основания для СМ появились в 2011–2013 гг., когда были приняты и вступили в силу 1) соответствующий приказ Минздрава от 30 августа 2012 г. № 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению», <http://base.garant.ru/70318364/> (февраль 2021) и 2) Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», <http://base.garant.ru/12191967/> (февраль 2021).

⁴См.: <http://www.doctorantura.ru/news/4256-kruglyj-stol-eticheskie-problemy-svyazannye-s-metodom-ekstrakorporalnogo-oplodotvoreniya> (февраль 2021).

Тем не менее СМ приобретает актуальность, а приемлемость данной методики начинает активно дискутироваться в общественном пространстве⁵, что связано с нарастающим ее использованием для преодоления бесплодия у женщин, вышедших из репродуктивного возраста.

Существующее противоречие христианского отношения к СМ и реальной практики в современном социокультурном контексте обуславливает потребность подробного рассмотрения христианского дискурса биоэтических проблем СМ. Понимание христианской биоэтики и ее основополагающих принципов в данном исследовании основано на работах профессора Х.Т. Энгельгардта, благодаря которым религиозное измерение биоэтики получило совершенно новое развитие. В работе будут проанализированы биоэтические проблемы СМ с точки зрения христианского понимания человека и процесса репродукции. Кроме того, будет определена этическая дилемма СМ, связанная с проблемой криоконсервированных эмбрионов. Автор предложит возможный вариант ее разрешения с позиции христианской биоэтики. Тем не менее в задачу исследования не входит рассмотрение общественных проблем СМ последнего времени, связанных с коммерциализацией данной процедуры.

Этические проблемы СМ

Несмотря на то что СМ является востребованной технологией преодоления бесплодия, она, тем не менее, имеет ряд этических проблем, ограничивающих ее применение с позиции христианской веры. С религиозной точки зрения СМ недопустимо по нескольким причинам: 1) вмешательство третьей стороны в супружеские отношения; 2) коммодификация⁶ матери и ребенка; 3) разрыв связи, сформированной между вынашивающей матерью и ребенком.

Главная биоэтическая проблема СМ, связанная с метафизическими основами супружеского союза, формируется при рассмотрении ее именно в религиозном ракурсе. При секулярном подходе данные основы игнорируются, редуцируя репродукцию человека до простого биологического акта с выведением за грань этического таких характеристик супружеского союза, как верность, преданность, ответственность.

Главный критерий христианской биоэтики, который может использоваться для оценки влияния СМ на метафизические основы брака, заключается в «понимании поведения как соответствующего или несоответствующего на основании того, приближает оно нас к соединению с Богом или нет» [Engelhardt H.T., 2000, p. 239].

В раскрытии данного принципа христианская биоэтика опирается на Предание и Писание церкви, согласно которому союз мужчины и женщины возможен только в браке и должен быть абсолютно моногамным: «Будут два одной плотью» (Мк. 10: 7–10)⁷. Объединение мужа и жены в единое целое, в одну плоть представляет собой метафизическую основу брака, помогающую супругам достичь спасения во взаимной любви и общении. Для сохранения этого единства супруги должны избегать интимных отношений с другими лицами. Ап. Павел пишет, что ложе супругов должно быть «непорочно» (Евр. 13:4)⁸. Если один супругов соединяется не с супругом/супругой, а с иным человеком, т. е. третьим лицом, происходит осквернение брачного ложа, что называется прелюбодеянием и считается тяжелым грехом.

Рассматривая ВРТ, христианская биоэтика сталкивается с определенной сложностью, по-

⁵ В частности, автор и ведущий программы «Вести недели» Дмитрий Киселев в одном из выпусков указал, что РПЦ могла бы изменить свою позицию относительно суррогатного материнства путем религиозно-светских дискуссий, при этом он призвал разработать при участии РПЦ соответствующую моральную норму, см.: РИА Новости. 02.12.2019. — <https://ria.ru/20191202/1561819237.html> (февраль 2021).

⁶ От англ. *commodity* — товар, предмет потребления.

⁷ Евангелие от Марка, гл. 10, ст. 7–10. См.: Новый завет Господа нашего Иисуса Христа, 2001.

⁸ Послание апостола Павла к Евреям, гл. 13, ст. 14. См.: Новый завет Господа нашего Иисуса Христа, 2001.

скольку ранее супружеская измена была возможна только в половом акте. Современное же развитие биомедицинских технологий позволяет осуществлять вмешательство третьей стороны в супружеский союз в более утонченной форме.

Для того чтобы выделить уровни вмешательства третьей стороны, необходимо рассмотреть процесс соединения в одну плоть, разделив его на несколько этапов⁹: половой акт, слияние гамет с образованием нового человека и вынашивание беременности. Возможность такого разделения подтверждает Энгельгардт: «Интимная близость при возбуждении мужа женой и женой мужем, получение женой семени мужа и вынашивание женой их ребенка в ее собственной утробе характеризуют соединение мужа и жены в одну плоть» [Engelhardt H.T., 2000, p. 253].

Итак, супружеской изменой будет считаться вмешательство третьей стороны на каждом из данных этапов. На первом этапе вмешательство происходит при половом акте с иным внебрачным партнером. На втором — при донорстве половых клеток, когда, к примеру, сперма мужа оплодотворяет яйцеклетку другой женщины (не жены)¹⁰. На третьем этапе прелюбодеяние происходит при вынашивании «плода чрева» другой женщиной, что составляет основу СМ.

Наличие прелюбодеяния при СМ косвенно подтверждает свт. Иоанн Златоуст, который считает беременность жены ребенком своего мужа неотъемлемой частью брачного единения: «А каким образом они бывают в плоть одну? Все равно, как если бы ты отделил самое чистое золото и смешал его с другим золотом, — и здесь происходит нечто подобное: жена принимает плодотворное вещество в то самое мгновение, как жар наслаждения приводит его как бы в расплавленное состояние, и, приняв, питает и согревает его, привносит к нему, что нужно, и со своей стороны, — и производит человека. И ребенок служит чем-то вроде мостика, так что тут уже трое составляют одну плоть, потому что дитя соединяет обе стороны, одну с другой» [Иоанн Златоуст, 1905, с. 465].

Принимая во внимание, что СМ вводит в репродуктивный процесс третье лицо (суррогатную мать), оно, с точки зрения христианской биоэтики, представляет собой одну из форм тяжелого греха — прелюбодеяния.

Следующая биоэтическая проблема СМ — коммодификация матери и ребенка — заключается в том, что как суррогатная мать, так и вынашиваемый ребенок перестают быть субъектами этических отношений и становятся лишь средством для достижения целей других людей (т. е. своего рода объектами) [Sutton A., 2015]. С точки зрения христианской биоэтики каждый человек является носителем образа Божия [Engelhardt H.T., 2000, p. 281], что проявляется в нем в том, что он — личность [Чурсанов С.А., 2013, с. 335]. Поскольку каждая человеческая личность уникальна и неповторима, то она обязательно должна иметь абсолютную ценность [Иоанн (Зиулас), 1998, с. 269], а значит, личность не может служить каким бы то ни было политическим, религиозным, социальным целям, в т. ч. личным целям третьих лиц. Данное утверждение христианской биоэтики имеет параллели в секулярном дискурсе, опирающемся на И. Канта, который считал, что каждый человек должен рассматриваться «как цель сама по себе (что составляет высшее ограничивающее условие свободы поступков каждого человека)» [Кант И., 1963–1966, с. 272]. При СМ такое отношение к человеку нарушается: отношение к суррогатной матери формируется не из того, что она является образом Божиим, который должен уважаться,

⁹ Соединение в одну плоть начинается половым актом и приводит к рождению ребенка, называемого в христианской письменности плодом чрева. Именно поэтому соединение в одну плоть можно отождествить с репродуктивным процессом и выделить указанные стадии.

¹⁰ Именно на основании этого положения РПЦ выражает резко отрицательное отношение к донорству половых клеток: оно рассматривается в качестве супружеской измены, т. е. слияния с внебрачным партнером в одну плоть на уровне клеток [Основы социальной концепции Русской Православной Церкви, 2008, с. 134–135].

а потому, что она служит какой-то цели. Суррогатная мать при этом рассматривается в качестве средства для получения ребенка, или, пользуясь словами Канта, она из «цели самой по себе» превращается в средство. Убедительное подтверждение коммодификации матери при СМ — явление когнитивного диссонанса, о котором пойдет речь ниже¹¹. Именно факт отношения к ребенку и суррогатной матери не как к образу Божию, а как к вещи делает СМ недопустимой для лечения бесплодия с точки зрения христианской биоэтики¹².

Тем не менее при коммерческом СМ возникает еще одна проблема, связанная с коммодификацией, — эксплуатация суррогатной матери. Согласно этому концепту, эксплуатация суррогатной матери происходит тогда, когда родители, инициирующие СМ, пользуются тяжелым материальным положением женщины. Очень часто такие ситуации случаются при «найме на работу» суррогатной матери женщин из развивающихся стран. В дополнение к этому при коммерческом СМ ребенок также становится предметом торгово-денежных отношений и «овеществляется». При коммерческом СМ плата вынашивающей женщине рассматривается как денежное вознаграждение за упущенные возможности, которые эта женщина могла бы реализовать, если бы она не стала беременной. При этом оплата СМ должна быть перенесена и на ребенка, т. к. именно для получения ребенка его генетические родители отдают деньги. Значит, ребенок перестает быть целью самой по себе и становится предметом торгово-денежных отношений [Sutton A., 2015, p. 166–180].

Сторонники религиозной точки зрения обычно подкрепляют свою позицию ссылками на следующие выводы, которые могут быть найдены в современной исследовательской литературе. Между матерью и плодом формируется тесное взаимодействие [Бертин А., 1992, с. 16]. В качестве примера такой взаимосвязи исследователи указывают на биологически опосредованные механизмы, формирующиеся во время беременности и на первых порах новорожденности, которые готовят как ребенка, так и вынашивающую его мать к долгосрочному взаимодействию и последующему воспитанию, что обозначается термином «привязанность»¹³. Существуют работы, которые демонстрируют, что привязанность вынашивающей матери и ребенка приводит к его лучшему развитию [Добряков И.В., 2010, с. 120]. Кроме того, исследования когнитивной способности детей раннего возраста показывают, что у ребенка формируется привязанность к родившей его матери с первых моментов его жизни непосредственно после родов. Это помогает ему развиваться психологически в многочисленном окружающем «шуме» внешних воздействий [Hobson R.P., 2002, p. 39; Tieu M., 2007]. С другой стороны, отсутствие привязанности может привести впоследствии к небрежности ухода за ребенком и к нарушению эмоционального и когнитивного его развития [Collishaw S. et al., 2007], что во взрослом состоянии повышает риск жестокого поведения [Pianta R. et al., 1989].

Важность сохранения взаимосвязи между вынашивающей матерью и ребенком под-

¹¹ Чтобы поскорее забыть ребенка и подавить материнский инстинкт, суррогатная мать должна рассматривать себя как средство (в качестве инкубатора или как временное жилище для чужого ребенка). Некоторые психологические исследования подтверждают, что суррогатным матерям сложно рассматривать себя лишь как средство. Они желали быть вовлечены в межличностные отношения со своим ребенком в дальнейшем (так, например, они гораздо тяжелее переживали расставание с ребенком в случае исчезновения генетических родителей с ребенком, т. к. им хотелось поддерживать отношения с этой семьей, иногда навещая ребенка) [Van den Akker O.B.A., 2007].

¹² Данное положение наряду с предыдущим (о разрыве связи между вынашивающей матерью и ребенком) положено в основу главных церковных документов, отражающих отношение РПЦ к суррогатному материнству: «Основы социальной концепции» (2000) и «О крещении младенцев, родившихся при помощи «суррогатной матери»» (2013).

¹³ Так, при повышении уровня окситоцина привязанность матерей к своим детям становится больше [Levine A. et al., 2007].

тверждается работами, показывающими, что у суррогатных матерей после передачи ребенка порой обнаруживается депрессия [Jadva V. et al., 2003; Lamba N. et al., 2018]. Кроме того, случаи судебных разбирательств, так называемых случаев «Бэйби М» [Whitehead M.B., Schwartz L., 1989] и «Эвелин» [Афанасьева Е.Г., 2000], говорят о возможности наличия внутреннего конфликта у суррогатной матери при передаче ребенка.

Для разрешения такого внутреннего напряжения используют практику, получившую название «подавление когнитивного диссонанса» [Tieu M., 2007]. Это понятие подразумевает, что у человека будет возникать психологическое напряжение при наличии в его сознании двух конфликтующих представлений или идей [Harmon-Jones E., Harmon-Jones C., 2007]. Согласно этой теории, наличие когнитивного диссонанса будет заставлять человека максимально снизить уровень несоответствия своих идей. Пока он этого не сделает, он будет находиться в нестабильном психическом состоянии. Подобный когнитивный диссонанс возникает у суррогатной матери, которая обладает двумя конфликтующими идеями: 1) передать ребенка генетическим родителям, согласно договору; 2) родить и воспитать ребенка, согласно сформированной биологической установке. Для разрешения диссонанса и снижения внутренней напряженности суррогатной матери приходится каким-то образом подавлять материнский стимул путем самовнушения. Так, опрошенные суррогатные матери сообщали о том, каким образом они пытаются справиться с необходимостью передать новорожденного его генетическим родителям: «я являюсь лишь “гостицей”», «это не мой ребенок», «я просто пожертвовала яйцеклетку, которой не собиралась воспользоваться» [Van Zyl L., Van Nierkerk A., 2000]. Подавление материнских чувств, по всей видимости, проводят агентства, занимающиеся подбором суррогатных матерей и их сопровождением. Так, Рагоне [Ragoné H., 1994] указывает на то, что когда психологическая поддержка суррогатных матерей, направленная на поддержание «желаемого образа мыслей», прекращается из-за банкротства агентств, то женщина, беременная чужим ребенком, впоследствии выражает сильную тревогу из-за необходимости разлучиться с ребенком [Филипова Г.Г., 2002, с. 8].

Таким образом, данные научной литературы могут подкреплять тезис о том, что при СМ естественные процессы, направленные на укрепление связи матери и ребенка, разрушаются, что приводит к дальнейшему страданию как выносившей матери, так и новорожденного. Увеличение страдания любого человека (как новорожденного, так и родившей матери) является недопустимым в христианской биоэтике, т. к. заботливое отношение к каждому человеку как образу Божию должно максимально ограждать его от страданий.

Из предложенного анализа биоэтических проблем СМ в христианском дискурсе мы можем сделать следующий вывод: несмотря на то что некоторые из биоэтических трудностей СМ могут быть ликвидированы (например, эксплуатация матери и коммодификация ребенка в случае альтруистического СМ) или несколько уменьшены (в случае, если сохраняется контакт новорожденного с суррогатной матерью), остается вмешательство третьего человека в процесс соединения в одну плоть. Это создает большую преграду на пути движения к Богу и к святости¹⁴. Поэтому даже при очевидной необходимости обратиться за помощью к сторонней женщине для вынашивания ребенка СМ недопустимо для лечения бесплодия, даже при абсолютных медицинских показаниях [Тарабрин Р.Е., 2018; Tarabrin R., 2020].

Использование СМ для решения проблемы избыточных эмбрионов

Однако может ли категорический запрет СМ для лечения бесплодия в христианской биоэтике исключить использование данной процедуры в принципе? Существует ли потребность ее

¹⁴ В случае участия христианина в прелюбодеянии он, согласно 58-му каноническому правилу свт. Василия Великого, не может причащаться в течение 15 лет. Данное каноническое прещение показывает, насколько тяжелым считается грех прелюбодеяния [Василий Великий святитель, 2012, с. 776].

использования в современном социокультурном контексте в других сферах?

Такая необходимость существует и связана с образованием и криоконсервацией эмбрионов при ЭКО. Как будет показано ниже, СМ является единственной этически приемлемой возможностью спасти замороженные эмбрионы. Возникает биоэтическая дилемма: СМ недопустимо, но оно становится единственным шансом для спасения жизни эмбриона. Как здесь провести грань? И какие предложить ориентиры решения дилеммы, не выходя за границы христианской биоэтики?

С точки зрения христианской биоэтики репродуктивные технологии (в т. ч. ЭКО) могут быть оправданы, только если в зачатии участвуют муж и жена, не используются донорские гаметы и будет получен один эмбрион [Тарабрин Р.Е., 2018]. Однако предположим, что мы решили следовать положениям христианской биоэтики и провести ЭКО в этически приемлемом варианте. Далее при проведении ЭКО у матери произошло воспаление матки, приведшее к ее удалению, при этом ребенок уже создан и для спасения помещен в криобанк. Последующее оттаивание может дать ему возможность быть перенесенным в полость матки, имплантироваться, развиваться и родиться. Тем не менее его последующее развитие возможно только в матке чужой женщины, т. к. матка его матери была удалена. Насколько допустимо применение СМ в этом случае?

Могут иметь место более сложные случаи. Что делать, если в прошлом супруги заморозили эмбрионы и в последующем не могут их использовать из-за ряда причин (например, ухудшения соматического здоровья)? Или что делать руководству криобанка, если родители зачатых эмбрионов перестали оплачивать их содержание и просто исчезли?

Формируется этическая дилемма: СМ недопустимо, т. к. вводит в репродуктивный процесс третье лицо, однако существует необходимость ее использования в случае криоконсервированных эмбрионов, поскольку это их единственный шанс родиться. Какими соображениями нам надо руководствоваться, чтобы решить дилемму с наименьшими этическими рисками? Для того чтобы ответить на поставленный вопрос, необходимо раскрыть проблему замороженных эмбрионов.

В настоящее время ЭКО как основной метод лечения бесплодия проводится в гиперстимулированных циклах, когда у женщины получают большое количество яйцеклеток, в последующем участвующих в оплодотворении. В результате получается избыточное количество эмбрионов, которые замораживают. Можно надеяться, что замороженные эмбрионы будут использованы при неудачных циклах ЭКО или же родители захотят иметь второго и последующих детей, что приведет к размораживанию эмбрионов, их переносу и возможной беременности. Однако, согласно исследованиям, 70 % родителей, имеющих замороженные эмбрионы, откладывают принятие решение об их судьбе на 5 лет и более [McMahon C. et al., 2000], только 54 % готовы использовать их для повторной беременности [Lyerly A. et al., 2010]. В результате количество замороженных эмбрионов постоянно увеличивается. К 2018 г. их количество только в США по приблизительным оценкам составило 1 млн [Carlan A., 2018].

Постоянное пополнение банков хранения эмбрионов вызывают вопросы: что же с ними делать? Сколько их можно хранить?

Следует учитывать, что хранение эмбрионов — платная процедура, за которую платят родители. Что делать, если родители перестают платить за хранение эмбрионов или же просто они не выходят на контакт и исчезают?

В Великобритании решение данного вопроса осуществляется законодательным путем: без дополнительного соглашения с родителями срок хранения замороженных эмбрионов ограничивается 5 годами [Byrd W., 2002]. Из-за такого ограничения в 1996 г. было уничтожено более 3000 эмбрионов.

Для выяснения возможных решений предложены следующие варианты развития собы-

тий: 1) хранение эмбрионов для возможных повторных попыток забеременеть; 2) вечное хранение в замороженном состоянии; 3) размораживание и элиминация эмбрионов; 4) перенос эмбрионов в матку женщины в то время менструального цикла, когда она с большей долей вероятности не забеременеет; 5) проведение своеобразной церемонии прощания во время оттаивания после отказа от эмбрионов; 6) пожертвование эмбрионов для исследований или 7) пожертвование эмбриона женщине, которая хочет выносить и усыновить его [Lyerly A. et al., 2010].

С точки зрения христианской антропологии каждый человек с момента зачатия является уникальной личностью, которую нельзя использовать, причинять вред или лишать жизни. На основании этого проанализируем указанные выше варианты.

1. Хранение для возможной будущей беременности. Это наилучший вариант решения проблемы, если женщина использует все замороженные эмбрионы, дав им возможность имплантироваться и родиться. Однако выше было показано, что реальная практика не соответствует нашим идеальным ожиданиям. Только небольшое количество замороженных эмбрионов размораживается и участвует в последующих циклах ЭКО.
2. Вечное хранение в замороженном состоянии. Стоит отметить, что это не решение проблемы, а бегство от нее. Христианин должен брать ответственность за предпринятые действия и постараться свести к минимуму возникшее зло в результате своих действий. Кроме того, постоянное хранение эмбрионов не может быть обеспечено после смерти родителей. Отсутствуют также доказательства, что долгосрочное хранение не повреждает эмбрионы (ученные предполагают постепенное повреждение криоконсервированных живых объектов под воздействием ионизирующего излучения Земли или космических лучей [Glenister P.H. et al., 2984]).
3. Элиминация эмбрионов считается безусловным злом, поскольку приравнивает эмбрионы к биологическому материалу. Христианская биоэтика утверждает, что человек даже на стадии эмбриона является уникальной личностью, носителем образа Божия, поэтому уничтожение эмбриона считается убийством.
4. Перенести эмбрион в полость матки женщины при заведомо известном условии, что нет возможности достичь беременности, — значит отправить человека на верную смерть, т. е. данный вариант является замаскированным убийством.
5. Присутствие на церемонии прощания с эмбрионами, которые оттаивают и умирают, — это не вариант решения проблемы. Это простое свидетельство постепенной гибели эмбриона и также должно быть приравнено к убийству.
6. Донация для исследований представляет собой большую этическую проблему. Участие человека в эксперименте может быть этически допустимо и приемлемо, если человек самостоятельно дает согласие на это, будучи проинформированным о возможных последствиях и угрозах. Поскольку эмбрионы не могут дать своего согласия, их участие в эксперименте будет неэтичным. Кроме того, передача эмбрионов для исследовательских целей не может быть оправдана, т. к. эксперимент наиболее вероятно причинит им вред. Если гипотетически им не будет причинен вред, то окончанием эксперимента будет утилизация модифицированных эмбрионов, поскольку в странах, где разрешены такие эксперименты, отсутствует разрешение на имплантацию модифицированных эмбрионов.
7. Усыновление эмбрионов в замороженном состоянии, перенос в матку усыновившей женщины, беременность, роды и воспитание рожденного ребенка будут происходить при обязательной процедуре СМ. Несмотря на то что технически процесс наступления беременности чужеродным эмбрионом в данном случае не будет отличаться от СМ, беременность при усыновлении криоконсервированного эмбриона принципиально

отличается от СМ, в т. ч. и от альтруистической его формы. В зарубежной литературе это явление получило название «snowflake adoption».

Несмотря на видимую идентичность беременности при СМ для лечения бесплодия и при усыновлении эмбрионов, существуют принципиальные отличия в цели действия. При традиционном/полном СМ эмбрион вынашивается для передачи его другим родителям, в то время как при «snowflake adoption» беременность эмбрионом происходит после его усыновления и является последней попыткой дать шанс эмбриону развиваться. Следовательно, оно представляет собой попытку спасти человека. В связи с этим мы полагаем, что для описания данной процедуры необходимо ввести новый термин — «усыновление криоконсервированных эмбрионов» (в англоязычной литературе оно носит название «snowflake adoption» или «embryo adoption»).

Усыновившая эмбриона женщина (подобно суррогатной матери) вынашивает чужого эмбриона в своей утробе и таким образом участвует в репродуктивном процессе другой супружеской пары, зачавшей эмбриона, тем самым оскверняя их брачное ложе. В связи с этим усыновление криоконсервированных эмбрионов находит возражение у современных православных биоэтиков. Так, Энгельгардт пишет: «Суррогатное материнство, даже если предпринимается для того, чтобы спасти нерожденного ребенка, все-таки приводит к значительному разобщению репродуктивного процесса и единению [супругов] в браке. И хотя принятие зиготы для суррогатного вынашивания может быть интерпретировано как спасение человеческой жизни на раннем этапе ее развития, нужно избегать аморальных действий, даже если они спасут жизнь другому» [Engelhardt H.T., 2000, p. 257].

Стоит отметить, что рассуждение Энгельгардта относительно участия сторонней женщины в чужом репродуктивном процессе смягчается им же при рассмотрении случая внезапной смерти генетической матери. Здесь сохранение жизни уже зачатого эмбриона может последовать при вынашивании его другой женщиной. Этическая приемлемость данного события подтверждается Энгельгардтом тем, что он уподобляет его вскармливанию грудью новорожденно-го няней при невозможности делать это матери¹⁵.

Попытка определить этическую допустимость или неприемлемость СМ при решении проблемы замороженных эмбрионов проходит через необходимость решить, во-первых, что представляет собой меньшее зло: смерть человека или вторжение в супружеские отношения; во-вторых — каковы намерения третьестороннего вмешательства в отношения супругов?

Ответы на поставленные вопросы, кажется, очевидны: 1) жизнь человека, носителя образа Божия, гораздо ценней; 2) вторжение в супружеские отношения происходит по необходимости, т. к. родители исчезли или не способны больше вынашивать ребенка. Однако при кажущейся очевидности указанная этическая дилемма допустимости СМ для спасения жизни человека не имеет согласного решения в христианской биоэтике. Существует мнение, что мы не можем участвовать в грехе (третьестороннем вмешательстве в супружеский союз) даже для спасения человеческой жизни. Приводится следующий пример: если перед супругом стоит возможность избавить человека от смерти путем супружеской измены, должен ли он это делать? Здесь формируется такая же дилемма: смерть или прелюбодеяние.

Дело в том, что вопрос целомудрия в христианской биоэтике имеет существенный характер. Его нельзя игнорировать. Он настолько важен, что в Предании церкви есть примеры, когда ради сохранения девственности люди жертвовали своими жизнями и даже совершали

¹⁵ И хотя Энгельгардт приводит этот пример в другом варианте проблемы (в частности, он предлагает вообразить гипотетический случай, когда женщина небольшое время все-таки вынашивала ребенка в своей утробе, а потом стала неспособной на это), данный пример можно использовать в качестве хорошей иллюстрации спасения эмбриона другой женщиной [Engelhardt H.T., 2000, p. 257].

самоубийство¹⁶. Христианские исследователи, следуя Энгельгардту, считают, что человек не должен спасать людей, если это будет препятствием его движению к Богу. Поскольку прелюбодеяние вводит человека в духовно опасную область и значительно препятствует общению человека с Богом, оно, с их точки зрения, не может быть допущено даже для спасения жизни человека [Василий Великий, 2010, с. 776]. И здесь нет проявления эгоцентризма и игнорирования проблем других людей. На первое место христианин действительно должен ставить свое отношение с Богом, а исходя из него выстраивать отношения с людьми.

Тем не менее при рассмотрении указанной дилеммы необходимо учитывать существующую разницу между простой супружеской изменой и вторжением в репродуктивный процесс при усыновлении эмбриона. Указанное различие заключается как в разности характера действий, так и в разности намерений.

Во-первых, следует признать, что совокупление с внебрачным партнером (т. е. вторжение в супружеские отношения на первом этапе репродуктивного процесса) и вторжение в репродуктивный процесс при СМ (только на третьем этапе репродукции) носят разный характер. И хотя участие человека в СМ искажает его путь к Богу и к святости (и поэтому не может быть использовано для лечения бесплодия), все же данное искажение неравнозначно прелюбодеянию в традиционном понимании этого слова: хотя оно и уводит человека от Бога, но уводит не настолько сильно, как интимная связь не с супругой/супругом.

Во-вторых, при усыновлении эмбриона имеют место быть совершенно иные намерения, чем при обычной супружеской измене. В последнем случае интимная связь с внебрачным партнером происходит в конечном счете из-за неумения руководить своим сексуальным влечением¹⁷ (вне зависимости от того, что лежало в основе измены), при этом человек часто осознанно идет на предательство супруги/супруга, в то время как при «snowflake adoption» в основе действия лежит намерение спасти эмбриона, усыновить его и воспитать его своим ребенком. В христианском Предании разные действия были оценены по-разному в зависимости как раз от намерений. Упомянутый случай самоубийства для спасения целомудрия был расценен церковью как подвиг святости, т. к. в этом самоубийстве не было отчаяния и отвержения Бога, а наоборот — полное предание себя его воле. Вторжение в репродуктивный процесс супружеской пары, которая бросила своего эмбриона, не будет расцениваться как простое прелюбодеяние, т. к. намерения будут совершенно разными при усыновлении эмбриона и простой супружеской измене.

Таким образом, несмотря на то что при усыновлении криоконсервированных эмбрионов происходит еще большая диссоциация интимной близости и репродукции, чем при простом ЭКО, и имеет место вторжение в репродуктивный процесс другой супружеской пары, усыновление эмбриона считается меньшим злом, чем его смерть. Смерть эмбриона — более тяжелый грех, поскольку он с момента зачатия является полноценным человеком, носит образ Божий и, согласно христианской антропологии, имеет предначертанный путь спасения и движения в вечность, в то время как при «snowflake adoption» происходит вторжение в умозрительный репродуктивный процесс какой-то пары, имевший место много лет назад.

Следует отметить также, что при усыновлении эмбрионов отсутствуют остальные биоэтические проблемы СМ, такие как коммодификация матери и ребенка и разрушение их привязанности. Поскольку формирование привязанности опосредовано нейрогуморальными механиз-

¹⁶ Например, святая Пелагея Антиохийская, будучи 15-летней девушкой, чтобы сохранить свою непорочность и не быть поруганной войнами-язычниками, бросилась с крыши дома.

¹⁷ Свт. Иоанн Златоуст говорит, что «нет никакого извинения, что при своей жене бесчинствует с другою, потому что это уже невоздержанность» (Творения святого отца нашего Иоанна Златоуста, архиепископа Константинопольского, в русском переводе. — СПб.: Санкт-Петербургская Духовная академия, 1902. Т. 8, кн. 1–2 «Беседы на Евангелие святого Апостола Иоанна Богослова», б. 63, с. 426).

мом (через окситоцин и церебральные рецепторы), тесная связь между суррогатной матерью и плодом вызовет привязанность. Это приведет к лучшему воспитанию ребенка, усыновленного на эмбриональном этапе, чем если бы усыновление происходило после рождения. Таким образом, при СМ данные связи разрушаются, т. к. новорожденный передается генетическим родителям, при усыновлении эмбриона — нет.

Конечно же, существует опасность, что разрешение усыновления эмбрионов даст стимул к заморозке и продуцированию избыточных эмбрионов, о чем предупреждает Энгельгардт: «Попытка спасти зигот в клиниках оплодотворения *in vitro* может увеличить вовлеченность многих пар в порочную практику, когда производится больше зигот, чем может быть имплантировано одновременно, что приводит к накоплению неимплантированных эмбрионов. Такая практика непосредственно ставит под угрозу раннюю человеческую жизнь» [Engelhardt H.T., 2000, p. 260].

Однако мы не сможем остановить процесс производства избыточных эмбрионов путем запрета их усыновления. Пары будут продолжать это делать, невзирая на разрешение или запрет. И они будут также заверять, что непременно используют все эмбрионы. На практике же будет происходить то, что происходит: супруги забывают про криоконсервированные эмбрионы, перестают платить за их хранение и исчезают. Поэтому необходимо хотя бы предложить вариант решения проблемы увеличивающегося количества замороженных эмбрионов, который поможет спасти некоторых из них.

Наметившееся общественное противостояние относительно СМ показывает актуальность обсуждения разнообразных репродуктивных этических дилемм. Тем не менее задачей работы не было разрешить всевозможные социокультурные коллизии, связанные с коммерциализацией репродуктивных технологий. В работе показан христианский дискурс этических проблем СМ, который используется для построения нормативной базы в религиозном сообществе и который поэтому отличается от секулярного дискурса.

Несмотря на то что СМ не может использоваться для лечения бесплодия в христианском понимании супружеского союза, существующий социокультурный контекст ставит перед христианским сообществом необходимость применения СМ для решения проблемы криоконсервированных эмбрионов, поскольку остальные варианты ее решения равноценны убийству, а следовательно, неприемлемы.

Усыновление эмбрионов также несет в себе духовную опасность вторжения в супружеский союз, однако следует делать различие между простой супружеской изменой, происходящей из-за сексуального влечения, и третьесторонним вмешательством в репродуктивный процесс для спасения жизни эмбрионов. Учитывая иное намерение, иной характер действий при усыновлении криоконсервированных эмбрионов, а также необходимость решать проблему все возрастающего их количества, применение СМ может быть допущено при условии, что ребенка вынашивает, рождает, а затем и воспитывает усыновившая мать.

БИБЛИОГРАФИЯ

- Афанасьева Е.Г. Отловски М. Дело Эвелин — размышления о первом в Австралии судебном процессе о суррогатном материнстве // Социальные и гуманитарные науки. Отечественная и зарубежная литература. Сер. 4. Государство и право. — 2000. — № 4. — С. 128–130.
- Бертин А. Воспитание в утробе матери, или рассказ об упущенных возможностях. — СПб.: Жизнь, 1992.
- Василий Великий святитель. Творения, в 2 томах. — М.: Сибирская благовонница, 2012.

- Добряков И.В. Перинатальная психология. — СПб.: Питер, 2010.
- Иоанн (Зизиулас) митрополит. Личность и бытие // Начало. — 1998. — № 6.
- Иоанн Златоуст святитель. Беседы на послание к Колоссянам. Беседа 12, кол. 4:12–13 // В кн.: Иоанн Златоуст, святитель. Творения, Т. 11, кн. 1. — СПб.: Санкт-Петербургская Духовная академия, 1905.
- Кант И. Критика практического разума // В кн.: Кант И. Собрание сочинений, в 6 томах. Т. IV, ч. 1. — М., 1963–1966.
- Новый завет Господа нашего Иисуса Христа. — М.: Лепта, 2001.
- О крещении младенцев, родившихся при помощи «суррогатной матери» // Журнал заседания Священного Синода Русской Православной Церкви 25–26 декабря 2013 г. (№ 158). — <http://www.patriarchia.ru/db/text/3481024.html> (февраль 2021).
- Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. — М.: Отдел внешних церковных связей Московского Патриархата, 2008.
- Тарабрин Р. Этические дилеммы суррогатного материнства: христианский дискурс в современном социокультурном контексте // Государство, религия, церковь в России и за рубежом. — 2020. — Т. 38(4). — С. 123–144.
- Тарабрин Р.Е. Анализ методики криоконсервации эмбрионов при экстракорпоральном оплодотворении с точки зрения православной биоэтики // Биоэтика. — 2018. — Т. 2(22). — С. 16–19.
- Филиппова Г.Г. Психология материнства: Учебное пособие. — М.: Изд-во Института психотерапии, 2002.
- Чурсанов С.А. Образ Божий (правосл.) // В кн.: Богословская антропология. Русско-православный/римско-католический словарь / Под ред. А. Лоргуса, Б. Штубенрауха. — М.: Паломник, Никея, 2013.
- Byrd W. Cryopreservation, Thawing, and Transfer of Human Embryos // Seminars in Reproductive Medicine. — 2002. — Vol. 20(1). — P. 37–43.
- Caplan A. An alternative proposal to the destruction of abandoned human embryos // Nature Biotechnology. — 2018. — Vol. 36(2). — P. 139–141.
- Collishaw S., Pickles A., Messer J. et al. Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: evidence from a community sample // Child Abuse & Neglect. — 2007. — Vol. 31(3). — P. 211–229.
- Engelhardt H.T. (ed.) The Foundations of Christian Bioethics. — Netherlands: Swets & Zeitlinger, 2000.
- Glenister P.H., Whittingham D.G., Lyon M.F. Further studies on the effect of radiation during the storage of frozen 8-cell mouse embryos at 196°C // Journal of Reproduction and Fertility. — 1984. — Vol. 70. — P. 229–234.
- Harmon-Jones E., Harmon-Jones C. Cognitive Dissonance Theory After 50 Years of Development // Zeitschrift für Sozialpsychologie. — 2007. — Vol. 38(1). — P. 7–16.
- Hobson R.P. The Cradle of Thought: Exploring the Origins of Thinking. — London: Macmillan, 2002.
- Jadva V., Murray C., Lycett E. et al. Surrogacy: the experiences of surrogate mothers // Human Reproduction. — 2003. — Vol. 18(10). — P. 2196–2204.
- Lamba N., Jadva V., Kadam K., Golombok S. The psychological well-being and prenatal bonding of gestational surrogates // Human Reproduction. — 2018. —

Vol. 33(4). — 646–653.

Levine A., Zagoory-Sharon O., Feldman R., Weller A. Oxytocin during pregnancy and early postpartum: individual patterns and maternal-fetal attachment // Peptides. — 2007. — Vol. 28(6). — P. 1162–1169.

Lyerly A., Steinhauer K., Voils C. et al. Fertility patients' views about frozen embryo disposition: results of a multi-institutional U.S. survey // Fertility and Sterility. — 2010. — Vol. 93(2). — P. 499–509.

Mascarenhas M.N., Flaxman S.R., Boerma T. et al. National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys // PLoS Medicine. — 2012. — Vol. 9(12). — P. e1001356.

McMahon C., Gibson F., Cohen J. et al. Mothers conceiving through in vitro fertilization: siblings, setbacks, and embryo dilemmas // Reproductive Technologies. — 2000. — Vol. 10(3). — P. 131–135.

Pianta R., Egeland B., Erickson M.F. The antecedents of maltreatment: results of the Mother-Child Interaction Research Project // In: Child Maltreatment: Theory and Research on the Causes and Consequences of Child Abuse and Neglect / Ed. by D. Cicchetti, V. Carlson. — New York: Cambridge University Press, 1989. — P. 203–253.

Ragoné H. Surrogate Motherhood: Conception in the Heart. — Boulder, San Francisco, Oxford: Westview Press, 1994.

Sutton A. Who Is My Mother and Who Are My Brothers? // Christian Bioethics. — 2015. — Vol. 21(2). — P. 166–180.

Tarabrin R. Orthodox Perspectives on In Vitro Fertilization in Russia // Christian Bioethics. — 2020. — Vol. 26(2). — P. 177–204.

Tieu M. Oh Baby Baby: The Problem of Surrogacy // Bioethics Research Notes. — 2007. — Vol. 19(1).

Van den Akker O.B.A. Psychosocial Aspects of Surrogate Motherhood // Human Reproduction Update. — 2007. — Vol. 13(1). — P. 53–62.

Van Zyl L., Van Nierkerk A. Interpretations, Perspectives and Intentions in Surrogate Motherhood // Journal of Medical Ethics. — 2000. — Vol. 26. — P. 404–409.

Whitehead M.B., Schwartz L. A Mother's Story: The Truth About the Baby M Case. — New York: St. Martins Press, 1989.

Основные понятия биоэтики в их философско-антропологической перспективе: о диалектике жизни и смерти

Б.С. Соложенкин

Философский этос и практика умирания. Опыт признания смерти и его два момента

После оглашения приговора Сократ покорно принимает чашу с ядом, демонстрируя бесстрашие, которое станет подлинным маркером философского способа быть. Он объясняет готовность принять яд и отсутствие страха перед смертью собственным незнанием [Платон, 1990, 28e–29b]. Что ждет его после расставания с телесной оболочкой? Сократ не знает. С другой стороны, если верны мифы, то Сократу тем более нечего бояться. После смерти он сможет продолжить вести свои беседы с древними и искать мудрость в загробном царстве [Платон, 1990, 40c–42a].

Это краткое обращение к «Апологии Сократа» позволяет нам выделить два значимых момента: с одной стороны, близость смерти застает нас в ситуации собственного незнания. Смерть есть не просто новый, незнакомый опыт, но есть некая граница нашего опыта в принципе. Это событие нельзя истолковать в контексте нашей личной истории, поскольку оно представляет собой образец радикально Иного. О нем я ничего не могу знать, как и о перспективах после его свершения. Понимание этого незнания фундаментально: оно может вести как к эпикурейской беззаботности, так и к хайдеггерианскому «ужасу», оно заставляет менять свою жизненную стратегию.

С другой стороны, смерть позволяет оглянуться на прожитую жизнь и заключить, была ли она достойной, полной справедливости, счастья, любви или же наоборот. Этот вопрос — относительно качества собственной жизни — задается здесь, в «Апологии Сократа», лишь по стечению обстоятельств непосредственно перед смертью. Известно, что существовал ряд практик и медитаций, воссоздававших это отношение, которое мы назовем опытом признания смерти, непосредственно здесь и сейчас, посреди собственного Бытия. Они входили в более широкий корпус практик, отвечающих императиву заботы о себе, который получил распространение в греческой культуре, особенно в период эллинизма [Фуко М., 2007]. Эта забота о себе была тесно связана с самопознанием: «Я» получало расшифровку согласно бытовавшей в той или иной философской школе концепции души или модели достойного полисного гражданина.

Эти два момента: незнание своего будущего (после смерти, когда-бы она ни наступила) и необходимая его символизация — характерны не только для философского отношения к жизни; для религиозного и мифологического мировоззрения и сознания они также составляют базис. Эти два смысла могут быть поданы и в объективном ключе: смерть как нечто абсолютно неизвестное и как предел, за которым нечто имеет место быть. Загадка и необходимость найти ответ на нее создают первые мифы, из которых потом произрастают религиозные системы и философские метафизики.

Попытка понять явление философии из духа мифа неоднократно осуществлялась исследователями. Попробуем обратиться к одной из ее современных версий, представленной Д.Ф. Вереном, которая, в свою очередь, основана на трудах Дж. Вико [Verene D.P., 2009]. Согласно этой версии, философия рождается из мифа при смене мифопоэтических форм мысли подлинно интеллектуальными. Поэзия, которая приносит свою истину людям мифа, останавливается на изображении невидимого, трансцендентного, ее истина заключена в образе

Юпитера. Она есть усилие по осознанию некоего первособытия (*primordial scene*), в данном случае — явления молнии и грохота грома [Verene D.P., 2009, p. 5–6]. Разумеется, здесь не идет напрямую речь о смерти. Но любой ужас тем и ужасен, что сталкивает с непознаваемым, радикально Иным (лучшим примером чего служит смерть). Психика гигантов, о которых повествует Вико, не в силах справиться с этим избыточным опытом. Молния становится для них чем-то большим, нежели все то, что встречалось им в мире, в их чувственном опыте. Она есть одновременно и явление запредельного — божества, и ярчайшая вспышка света. На этой образной почве затем рождается миф о Юпитере.

Философия для Верена является в некотором смысле разложением мифа. Ее цель — указать на внетелесное, на то, что оно также есть, указать слушателю философских речей на проблиск души. Слушатель должен понять, что он смертен, начать осмысливать это. Философ идет дальше поэта, т. к. спрашивает: а реальны ли Боги? Реальны ли эти изображения, которыми заполнено мифическое сознание? Что есть совершенная жизнь и как достичь добродетели?

Философ стремится обнажить «*the difference between the divine and the human*», сделать невидимое видимым, а именно доступным глазам разума [Verene D.P., 2009, p. 59]. Когда Платон изгоняет из своего совершенного полиса поэтов, одной из причин является как раз то, что поэты не аргументируют, не выстраивают доказательств. Более того, заигрывая с воображением своих слушателей, они не следуют какому-либо этическому идеалу, да и в принципе не обозначают его.

И наоборот, «*Thus the philosopher is always “practicing to die,” that is, to get a glimpse from within the body of what is not the body. Only because philosophers are mortal is philosophy necessary; the philosophical sign is always pointing to what is not present in it*» [Verene D.P., 2009, p. 19].

Поэты не упражняются в умирании, они «*imitate the body*», посвящают телесной стороне жизни свои речи [Verene D.P., 2009, p. 17]. Сократ же остается невозмутим перед лицом смерти, и это поведение и определяет философа. Вот эта невозмутимость (атараксия) станет как раз тем субъективно необходимым моментом, который позволит метафизике стать чем-то действительно реальным. И когда она станет таковой, различие между жизнью и смертью, между Бытием и Ничто предстанет только как внутреннее различие для самой мысли, которую уже не будут волновать ни физическая смерть, ни те перемены, которые производит в субъекте мысль о ней. Иначе говоря, будет изобретен особенный, философский субъект, кульминацию которого мы найдем у Гегеля.

Между Гегелем и Хайдеггером: смерть для Абсолюта и для *Dasein*

В этом разделе мы покажем, как классическое философское отношение к смерти достигает своего предела и вызывает противоположную реакцию, которая станет необходимым условием для возникновения биоэтического дискурса. Для того чтобы возникла этика жизни, необходимо, чтобы жизнь стала предметом внимания, а индивидуальная судьба человека попала в ракурс философского мышления. Гегель и Хайдеггер разбираются здесь как ключевые персоны, подходы которых показательны для понимания этой трансформации.

В одной из своих статей Н. Луманн указывал на парадоксальный характер того, как работают бинарные различия [Luhmann N., 1994]. Согласно Луманну, важнейшие для европейской рациональности категории — мышления и бытия, природы и действия. Следующее разбиение между ними можно провести по оси субъективное/объективное: действие и мысль характеризуют творческую активность человека, которая направлена на объективные природу и бытие. Мышление и бытие, действие и природа совпадают друг с другом вплоть до позднего Средневековья, а начиная с Возрождения (и далее Нового времени) различие между ними перестает быть столь очевидным. Различие становится все более рефлексивным и не-

стабильным. И типичный ход, осуществляемый здесь носителем европейской рациональности (например, ученым или философом), заключается как в оживлении этих категорий (в науке или философии), так и в периодическом переосмыслении их отношения друг к другу. Например, в таком ключе Ницше задает вопрос о том, что значит мыслить, а Хайдеггер поднимает свой вопрос о Бытии.

Здесь возможны два сценария, по которым и развивается европейская культура как таковая. Для европейской рациональности всегда существовала асимметрия, связанная с привилегированным положением человека: мысль оказывается важнее бытия, а действие — природы [Luhmann N., 1994]. Первое определяет второе, а не наоборот. Эта асимметрия была ей присуща, но не всегда акцентировалась.

Такая асимметрия свойственна гуманистическому сценарию, согласно которому Бытие есть прежде всего то, что мыслит о нем индивидуальное «Я», а природа — площадка человеческого действия. Нетрудно увидеть проявление этого сценария в самом технологическом освоении мира: весь мир используется человеком и преобразуется так, как если бы он был только средством для достижения его целей. Крайнюю его версию мы наблюдаем в случае абсолютных субъекта, идеи и духа, которые переплетаются у Гегеля. Различие между Бытием и Мышлением становится внутренним для самой Мысли, для которой нет ничего вне ее самой. Подобная расстановка акцентов неслучайна, ведь с развитием естественных и социальных наук свою силу обрел как раз второй сценарий развития европейской рациональности: происходит своеобразная эмансипация природы и бытия и уже эти категории претендуют на то, чтобы объяснять действие и мышление человека.

Итак, «Феноменология духа» Гегеля реализует первый из этих сценариев. Феноменология замысливалась как первая часть философской системы, в которой происходит реализация Абсолютного Знания. Оно устанавливается как таковое, и сама феноменология способствует тому, чтобы читатель возвысился до данной позиции. Примерно в таком ключе рассуждает о роли феноменологии Верен, для которого сочинение Гегеля является учебником по диалектическому мышлению и неким духовным трактатом, самоучителем по восхождению к Абсолютной истине [Verene D.P., 2007]. Здесь можно увидеть уникальную версию уже упоминавшейся заботы о себе; с читателем феноменологии также должно произойти духовное преобразование. Его финальный смысл при этом не столь очевиден, о его последствиях можно создавать широкомасштабные гипотезы: становление на позицию Духа позволит избавиться от определенных пороков и пристрастий человеческой природы, которые виноваты в таких разрушительных для современного общества явлениях, как терроризм и т. д. [Муравьев А.Н., 2017, с. 25].

Метафизика Абсолютного Духа, разумеется, не могла обойтись без тематизации смерти и человеческой конечности. Но в каком отношении философский этос у Гегеля находится к бытию смерти? Есть ли это опыт ее признания, который оборачивается практикой умирания?

Здесь мы имеем дело не просто с сократическим бесстрашием. В «Феноменологии духа» Знание уже является здесь и сейчас обретенным бессмертием. Мартин Хайдеггер предлагает свой комментарий на феноменологию духа, обосновывая позицию, весьма близкую к этой.

Речь идет о раннем курсе лекций Хайдеггера, которые он посвятил чтению «Феноменологии духа» [Heidegger M., 1988]. Хайдеггер старается тщательно различить смысл самого феноменологического действия. Он отбрасывает в сторону трактовки феноменологии духа как энциклопедии всевозможных философских точек зрения, как восхождения с наивно-эмпирической позиции к философской. Наконец, Хайдеггер отказывает феноменологии в ее пропедевтическом (и гуссерлианском) значении: она не есть дисциплина, которая расчистила бы подход к построению нового знания, всех наук в принципе на новом, сверхнадежном основании. Читательский и исследовательский опыт здесь принципиально ни при чем; самое важное

в феноменологии это сам Дух, «phenomenology is the absolute self-presentation of reason (ratio), whose essence and actuality Hegel finds in absolute spirit» [Heidegger M., 1988, p. 30].

Дальнейшая интерпретация Хайдеггера проходит в общем для него ключе дистанцирования от метафизики. Опыт сознания, которому Гегель посвящает свою книгу, — это опыт Абсолютного субъекта. Гегель предлагает нам видеть «within the attitude of undergoing an experience, the way this experience sees», «a looking with the eyes of absolute knowledge» [Heidegger M., 1988, p. 53]. Хайдеггер говорит об онто-тео-эгологии, которая разворачивается на страницах произведения [Heidegger M., 1988, p. 98]. Она построена на принципе тождественности Субъекта, разработанном еще Фихте: $I = I$ [Heidegger M., 1988, p. 125]. Логика ее развития ведет к тому, что все различия между Субъектом и Предикатом должны быть поняты здесь только как внутреннее различия внутри самого Субъекта.

Посмотрим, что происходит с жизнью. Это более не жизнь человека, Dasein в смысле его проекта, брошенности в мир и всей экзистенциальной аналитики. Категория жизни представлена у Гегеля как «absolutely self-subsisting infinity», в которой частные различия (характеристики) сосуществуют вместе [Heidegger M., 1988, p. 143]. Жизнь есть саморазвивающееся целое, которое воспроизводит и поддерживает само себя в некоем движении; простая подвижная субстанция «of pure movement within itself» [Heidegger M., 1988, p. 144].

Хайдеггер пишет, что «Spirit is this “absolute restlessness” but understood properly as absolute restlessness to which nothing more can “happen” in principle. Later Hegel calls this restlessness “absolute negativity,” and “infinite affirmation”» [Heidegger M., 1988, p. 23]. А Бытие? В «Науке логики» Гегель устанавливает различие между Бытием и Ничто, в то же время отмечая их полную неразличимость друг без друга. Это должно было насторожить Хайдеггера, который прекрасно понимал, что реальное осознание Ничто, безосновности нашего существования переворачивает мировосприятие человека, заставляет его жить подлинным образом [Плотников Н.С., 1994]. А у Гегеля все решается простым снятием, переходом Бытия в Ничто через категорию становления...

Таким образом, фиксируется различие между бытием и метафизикой, запечатлевшей мысль о нем. Философия Гегеля, по Хайдеггеру, аннигилирует Бытие, представляя его в качестве временных, несовершенных форм знания; Бытие понимается из Абсолютного Духа, Понятия, «being is defined in terms of being known» [Heidegger M., 1988, p. 139]. Тотальность сущего уже задана в облике Абсолюта. Различия, подобные Бытию и Ничто в «Науке логики», заранее опосредованы, и, разумеется, это не те различия, которые возникают в бытии, «в жизни» индивидуального Dasein.

Это и есть конечная цель философии немецкого идеализма — показать несущественность различия, подлинного Ничто, вписав все различия в промысел, план Идеи, Духа, который везде узнает себя. В конце «Феноменологии духа» он уже понимает, что един с собой, он в собственной стихии. Очевидно, что мысль Хайдеггера о Гегеле тяготеет к признанию в последнем философа тождества, высшего метафизического тождества, к которому христианизированная метафизика так стремилась с момента своего возникновения.

Для Хайдеггера Гегель — это не просто онтолог или метафизик, но теолог. И здесь немаловажно указать на интерес, который и приводит Хайдеггера к полемике с Гегелем, — это диалектика конечного и бесконечного, тот же самый предмет, что обсуждался в Давосе в полемике с Кассирером. Итак, вопрос Хайдеггера: что является первостепенным, отправной точкой для философского вопрошания? По мнению Хайдеггера, для Гегеля это бесконечное, абсолютное. Человек, а в частности читатель «Феноменологии духа», должен закрыть глаза на тяготы своего конечного бытия, на его фактичность и на свою историческую обусловленность им (что он, разумеется, не смог бы сделать, будучи читателем «Бытия и времени») и вступить

на борт Абсолюта. Он должен мыслить иначе и смотреть на мир иными глазами. Он больше не есть вопрошание о существовании, стремящаяся понять себя экзистенция, но Дух, сознание, которое видит себя в перспективе мировой истории, чьи проблемы чрезвычайно отличны от проблемы смысла жизни. Эти проблемы легко найти среди многочисленных образов феноменологии: для восприятия — это проблема единства объекта восприятия, для зарождающегося самосознания — утверждения себя в глазах другого самосознания, для разума — в том, чтобы найти объективное основание для общественного бытия, и т. д.

Как теолог Гегель убеждает нас в том, что жизнь Духа предпочтительнее жизни земной. Вневременное имеет онтологический приоритет перед временным. Время — важнейшая и первостепенная тема для рефлексии феноменолога (или фундаментального онтолога?) в духе Хайдеггера — интересно лишь с позиции прошлого опыта человечества, который теперь должен осмыслить Дух. Как метафизику Гегеля свойственно отменять роль времени, усматривать сущность Бытия в бесконечности [Heidegger M., 1988, p. 100]. И, естественно, будучи преданным духу метафизики и теологии, Гегель вовсе не стремится обосновывать свой первоначальный тезис «Абсолютный Дух-Знание», а просто начинает с него, будто беря в руки доступный инструмент, лопатку, которой будет возводить замок из песка.

Неудивительно, что комментарии Хайдеггера имеют в качестве осей своего давления конечное/бесконечное и временное/вневременное. Тема смертности искренне волновала немецкого мыслителя, и он не мог понять (или принять?) идеалистический подход к ней. За указанными оппозициями угадывается другая — смертное/бессмертное. Ее диалектичность вовсе не представлялась Хайдеггеру столь бесспорным пунктом, о котором можно рассуждать в духе бесстрастного категориального анализа.

В «Феноменологии духа», пожалуй, самое знаменитое место, где проявляется эта тема, — диалектика слуги и господина. Пока последний рискует жизнью и побеждает, другой остается заложником своей собственной трусости или же поражения. Его смерть отсрочена. И именно эта ситуация станет причиной, по которой за фасадом временного бытия будет узнана неизменная бесконечность не только как рассудок, но и как Разум, как Дух, знающий, что он поистине Дух. Эта метафизическая фантазия о Разуме будет распадаться на протяжении всего XX в., и за призывом к разумности будет распознана тоталитарная воля, стремление к контролю одномерного общества, «технологизация» сознания. Как пишет М. Димитрова, «Spreading death, Reason declares its victory over death and the triumph of the “Absolute Spirit of the World” in history» [Dimitrova M., 2013, p. 92].

Десимволизация смерти сегодня и возвращение к метафизике

Зачная дискуссия между двумя авторами поучительна в культурно-антропологическом смысле. Она позволяет обозначить два крайних полюса притяжения, между которыми балансирует человек в своем бытии. Речь идет о конечном существовании в мире и о бесконечном метафизическом бытии¹. Как только это существование начинает замечать, что оно существует, понимает себя, запускаются все экзистенциальные механизмы Dasein: начинается движение от полюса существования к пределу. Этим пределом является смерть, а за ней начинается метафизика.

Развитие высоких технологий в медицине и видимый успех биологических дисциплин позволяют поставить всю эту схему под вопрос хотя бы с практической точки зрения: а что если убрать смерть, обойтись без нее? Согласно Ж. Бодрийяру, сегодня смерть стала тем, что западное общество стремится избегать. Бодрийяр посвящает ей следующие строки: «...Одна лишь

¹ Метафизика здесь понимается достаточно широко, в принципе в том же хайдеггерианском контексте.

функция смерти не может быть здесь ни запрограммирована, ни локализована. Собственно, с ней уже и не знают, что делать. Ибо сегодня быть мертвым — ненормально, и это нечто новое. Быть мертвым — совершенно немыслимая аномалия, по сравнению с ней все остальное пустяки. Смерть — это антиобщественное, неисправимо отклоняющееся поведение» [Бодрийяр Ж., 2000, с. 234]. В рамках своей концепции Бодрийяр стремится показать, что ныне по ту сторону никого нет; символический обмен с мертвыми (как он был в первобытном обществе) или же контакт с запредельным, загробным невозможны. О смерти не принято говорить и рассуждать, ее нужно уменьшить, ограничить, вынести за пределы символического. Некоторые теоретики при этом считают, что установка на предотвращение смерти и мучений является сегодня одним из предметов всеобщего согласия, которое распространяется на западную культуру в целом. При всем обилии культур и мировоззрений в современном западном обществе эта установка служит одним из ее моральных стандартов, зачастую нерефлектируемых и неосознаваемых [Taylor Ch., 1989, p. 495].

Другую поддержку эта тенденция получает за счет рассмотрения жизни в основном как биологического явления (а не как индивидуальной судьбы, истории и т. д.). Приведем в качестве примера утверждение, в котором доказывается, что основной мотив эволюции — сопротивление энтропии: «...Онтологическим содержанием биологической эволюции является не просто создание новых форм, а форм, устойчивых к дальнейшей эволюции...» [Щербakov В.П., http://elementy.ru/nauchnopoopyarnaya_biblioteka/430413/Evolutsiya_kak_soprotivlenie_entropii]. Автор предлагает взглянуть на отношения между средой и клеткой: первая не нуждается во второй, а вторая возьмет все, что нужно от среды, создав настоящее биологическое чудо. Среда есть нечто весьма и весьма простое по сравнению с клеткой, ее организацией и продуктивностью. Приспособление к этой среде не является главной задачей клетки или же живого организма. Если бы последнее было единственной задачей организма, то мы не имели бы постоянного совершенствования биологических видов, а только деградацию тех, чья активность избыточна для среды. В таком случае они должны стать «функцией среды», утратив свою идентичность. Происходит же обратное: виды совершенствуются, чтобы успешнее противостоять энтропии, как если бы в замысле природы была идея создать бессмертный вид (а точнее — неподвластный изменениям, мутациям и т. п.). В рамках этой задачи человек продолжает заниматься энергетическим расточительством, создавая свою особую реальность как в символическом, культурном, так и в технологическом аспекте, в конечном счете ограждая себя от смерти.

Здесь важно различить собственно результат энтропии — биологическую смерть — и осознание смерти, которое принадлежит психической или культурной реальности (и в таком случае может пониматься достаточно широко). Для первого подхода смерть выступает в качестве последнего события, отменяющего все результаты индивидуальной жизни; потенциальным бессмертием обладает только вид, и если нет потомков, то нет и дальнейшей дискуссии. Смерть (как и эволюция) здесь предстает только в качестве того, чему следует сопротивляться. Во втором же случае существует символическая взаимосвязь или даже обратимость рождения и смерти. Хорошей иллюстрацией этого служат обряды инициаций [Бодрийяр Ж., 2000, с. 241]. В ходе обращения в ту или иную религию, посвящения в орден, принесения клятвы умирает один человек и рождается новый.

В предшествующие исторические эпохи смерть служила переходом в трансцендентную реальность, была непредставима без ритуалов, символизирующих значимый переход. Смерть подытоживала жизнь и ее итоги, а умирающий переходил в другое измерение — в царство мертвых, к предкам или вслед ушедшей возлюбленной (романтизм). Существуют труды историков и антропологов, которые показывают, как целые культуры и эпохи пытались осмыслить

факт кончины и наделить его смыслом. Ф. Арьес отмечает, что до XIX в. смерть не была темой оживленных дискуссий и патологического внимания, воспринималась как должное и была «прирученной смертью» [Арьес Ф., 1992]².

Что значит тогда десимволизация смерти? Смерть более не приобщает нас к космическому порядку, не является переходом в следующее измерение, в иной мир — она отдалается и в то же время создает внутренний виртуальный предел. Вокруг нее сосредотачиваются фантазии и помыслы, страхи и сомнения, она предстает и как радикальный страх неизвестного, и как некий нелепый факт, недоразумение, с которым еще не в силах справиться современные технологии. Она становится как предметом фантазий (например, субъективных страхов), так и тем реальным, которое является непостижимой утратой.

Смерть есть всегда травма, но побуждающая к символизации, которая позволит вписать случившееся в нормальный порядок вещей. Неспособность к символизации скорее всего ведет на кушетку к психоаналитику (или к другому сходному специалисту). Причина этого в индивидуалистическом характере современного общества и отсутствии единого общего символического контекста при господстве плюрализма, свободы веры и мнения. Жизни, которая рано или поздно будет утрачена, нужно придать индивидуальный смысл, снять бремя мысли о том, что все старания будут напрасны, сделать целью субъективных усилий нечто большее, чем бесплодное противостояние концу. Именно последнему процессу посвящены слова Бодрийяра: «Когда смерть вытесняется в послезитие, то, в силу хорошо известного возвратного процесса, и сама жизнь оказывается всего лишь доживанием, детерминированным смертью» [Бодрийяр Ж., 2000, с. 235].

Интересно, что эта попытка мыслить существование вне горизонта смерти весьма напоминает другую стратегию в отношении Ничто. Речь идет уже о другом немецком философе — о Канте. Достаточно известно высказывание кенигсбергского мыслителя о существовании, о словечке «есть», которое не прибавляет никакого нового содержания. Однако в конце трансцендентальной аналитики имеется также рассмотрение различных смыслов Ничто через таблицу категорий. Кант пытается уловить смысл того, как может мыслиться Ничто согласно рассудочной деятельности в целом. Ничто определяется в отношении всего познавательного процесса; в трех из четырех определений Ничто является важнейшим конститутивным элементом процесса познания. Следуя этим формулировкам, можно предположить, что и априорные формы чувственности, и «Я мыслю» являются ипостасями Ничто [Протопопов И.А., 2014, с. 145]. Последнее же определение — «пустой предмет без понятия» (*nihil negativum*) — не играет такой существенной роли, заключая в себе парадокс, по сути являясь радикально иным [Кант И., 2006, с. 451–453]. Такое Ничто уже не есть ограничение некой позитивной реальности подобно тому, как холод есть отрицание тепла (т. е. как раз обратное — «пустой предмет понятия»). Такому неизвестному нам Ничто, с которым нам нечего сопоставить или сравнить, нет места в нашем мышлении, так же как и смерти нет места в нашем существовании. В обоих случаях прерывается некоторый самоценный процесс, обладающий собственной реальностью.

Со спекулятивной или же рефлексивной позиции смерть получает свое истолкование через Ничто, через категории мышления. Обратный ход случается, когда смерть понимается через категории существования, характеризует ее как наивысшую реальность, которая собственно и заставляет очнуться от неаутентичного проживания в мире. Иначе говоря, она наделяет жизнь ценностью.

² Написанное, правда, не означает, что подобное отношение к смерти ныне ликвидировано. Мы понимаем мысль Арьеса следующим образом: в каждой эпохе существует свое главенствующее отношение к смерти, хотя могут сохраняться и прежние способы ее понимания.

Интересно, как чисто теоретическая нейтрализация темы (случай Гегеля) перешла в практическое русло, от одной крайности — погружения в стихию Абсолютного — мы перешли к предотвращению самого перехода как желанной цели, к другой крайности, которой еще незнакома какая-либо метафизика. Абсолютизация мышления, случившаяся в немецком идеализме, вызвала далеко идущую реакцию, породила спрос на философию жизни, воли, абсурда. В этой реакции Разум будет разоблачен, лишится своего первенства. В рамках оппозиции мышление/бытие бытие приобретет перевес, который прежде имело мышление. Жизнь — все, что у нас имеется, вот что будет констатироваться в философии XIX — первой половины XX вв.

Сегодня можно наблюдать обратное движение в сторону метафизического. Здесь мы говорим об Алене Бадью, проводящем последовательную критику биоэтики как современного ему явления. Бадью понимает биоэтику достаточно ограниченно: фактически в его понимании в биоэтике правит охранительный консерватизм, а ее единственная задача — самосохранность человека. Никакого метафизического бэкграунда она не имеет и являет собой очередной лик сегодняшнего нигилизма. Это так, поскольку придавая несравненную ценность человеческой жизни, она может лишь обесценивать то, что лежит за ее пределами. Всякий высший смысл, бессмертную истину биоэтик разглядеть не способен, поскольку его интересует продление биологического существования. Забота о себе становится заботой о теле и только о нем.

Обоснована ли вся эта критика? Отчасти, да. Действительно, биоэтические кодексы (такие, как «Всемирная декларация о биоэтике и правах человека») и практики направлены на защиту права на здоровье, сохранение жизни на земле и т. п. Однако это не единственные задачи, которые выделяют биоэтики для своей дисциплины [Ten Have H., 2016, p. 25–30]. Более того, представляется, что причина этой критики во многом заключается в том, что у Бадью не получается подвести эти задачи под свой собственный проект этики. Иначе говоря, в поттеровской «науке о выживании» он не видит места своей субъективной истине.

Бадью разрабатывает собственный проект этики, пишет о верности события и о субъекте, который является производным как раз от этого события истины [Бадью А., 2006]. Здесь нет возможности подробно обсуждать детали его концепции, но стоит указать на то, что совершается обратное движение в сторону метафизики, неподвластной времени и в то же время спонтанной. Ничто не гарантирует того, что человеку откроется это измерение, тем не менее от его усилий зависит присутствие этого измерения.

Пример Бадью является знаковым. В общем замысле этой статьи Бадью следует за Хайдеггером, поскольку помогает понять необходимость возвращения к тому, что последний мыслит в качестве метафизического. Самосохранение приобретает смысл только из перспективы утраты, а утрата, в свою очередь, позволяет задуматься о себе и своей жизни. Однако этот выбор аутентичного Бытия формален и нуждается в сущностном наполнении. И тогда оказывается, что приходится обращаться к тем самым метафизикам, которые когда-то уже зафиксировали то или иное понимание Бытия. В результате каждый аутентичный способ бытия также является и определенной культурной практикой, реализуется в существующей системе социальных ролей. Иначе говоря, уникальная история Dasein пишется вместе с историями других людей на общем символическом материале, а реализация собственного способа быть не может обойтись без того, чтобы быть одновременно и образом жизни немецкого профессора, который разделяет общие с древними греками идеалы.

В этом и заключается обратный ход Бадью к своего рода приватной метафизике события. Обращение к метафизике может быть расценено не только как погружение в риторику Абсолютной идеи, из которой нет возврата, но и в контексте его бесконечного целеполагания. Человек ищет высшие смыслы и ориентируется на определенные идеалы; всякое его понимание

Бытия невозможно без Ничто, но оно также невозможно и без тематизации бесконечного, без обращения к ценностям, событиям истины или идеям, которым «в чувствах не может быть дан никакой адекватный предмет» [Кант И., 2006, с. 493].

Существует ли диалектика жизни и смерти?

Попробуем взглянуть на то, что у нас получилось в предыдущих разделах, со структурной точки зрения. Во-первых, стоит отметить необходимую диалектичность нашего прочтения Хайдеггера и Гегеля, невозможность предпочтения позиции одного из них для раскрытия интересующей нас темы в ее полноте. Без опыта признания смерти мы не сможем понять, зачем живем, поскольку по-настоящему нас этот вопрос и не коснется. Единственно доступной «метафизикой» для нас будет идеология самосохранения и продления биологической жизни. Однако без символического преодоления смерти в духовном (поэтическом, религиозном или философском) опыте у этой видимой экзистенциальной осмысленности не будет реального содержания. Обе стратегии на самом деле открыты друг другу, если понимать их в рамках общей диалектики жизни и смерти. Можно ли построить ее, опираясь на предложенный нами материал?

В упрощенном виде можно представить пары жизнь/смерть, бытие/ничто, взаимопереход между которыми связывается с существованием в первом случае и с мышлением — во втором. Однако такая простота не позволяет заметить того факта, что само человеческое существование в значительной мере связано или даже невозможно без мышления. С другой стороны, как мы могли видеть на примере Гегеля, существует и обратная тенденция. Мышление не просто дает нам картезианскую уверенность в собственном существовании, оно само становится здесь чем-то единственно реальным. В итоге мы имеем двухэтажную диалектическую схему, которую венчают бытие и мышление, взаимно обуславливающие друг друга.

Подобный схематизм является только одним из вариантов построения диалектики и в значительной мере основан на понимании смерти лишь как чего-то противоположного жизни. Однако на примере сравнения позиций Гегеля и Хайдеггера становится ясно, что смысловое наполнение пара жизнь/смерть приобретает, раскрываясь через другие бинарные пары конечного/бесконечного, бытия/ничто³. Подобный перенос (и признание эвристически более значимого бэкграунда) фактически не позволяет рассматривать жизнь и смерть через бинарные отношения. Они не могут играть роль означаемого/означающего по отношению друг к другу, поскольку смерть как событие не несет в себе еще никакого смысла, становится востребованной гипотеза о посмертном бытии, о загробном царстве или другой метафизической инстанции, которая как раз и обеспечивала бы эту осмысленность.

Сюда же следует добавить все те культурно-антропологические замечания относительно события смерти, которые мы представили выше. Опираясь на концепцию Верена, мы рассматривали сущностный исток будущей метафизики — события «*primal scene*», появления первых мифологических сущностей. В результате воздействия этого события действительная противоположность устанавливается между земным и небесным, физическим и метафизическим, конечным и бесконечным. Смерть выступает в качестве предела, триггера перехода из одного измерения в другое. Ответом на факт конечности бытия может быть как поэтический Образ, так и философский Логос. Ответы могут быть разными, но обязательно именно воссоздание отношения к смерти с последующим ее преодолением в опыте сознания. На данный момент можно заключить, что настоящая диалектика разворачивается между конечным существованием и бесконечным бытием, посредником, «*mediating middle*» (Хайдеггер), между которыми есть событие — смерть.

³ Хотя в случае Хайдеггера говорить об оппозиционности Бытия и Ничто, конечно же, нельзя.

Философское осмысление феномена биоэтики должно учитывать все моменты этой диалектической цепочки в их сущностной взаимосвязи. Более того, в ней нуждается сам биоэтический дискурс для своей целостности. Редукция к одному из ее моментов приводит либо к субъективному произволу, либо к бессилию абстрактного. Субъективный произвол царит там, где отрицаются всеобщие нормы и ценности, а предметом общего консенсуса является сохранение и продление жизни. На выходе мы имеем неолиберальный подход к биоэтике, который становится первым логичным продолжением экзистенциалистского выбора «способа быть».

Отсутствие же интереса к индивидуальным проблемам, укорененных в существовании разнородных по происхождению и по взглядам субъектов, знаменует как раз второй путь редукции. Он имеет два следствия. При этом абсолютизация той или иной нормы или системы ценностей приводит к этическому фундаментализму. В любой своей форме он ограждает любую дискуссию от разумного диалога, склоняя к разделению на правильную и неправильную точки зрения. Другая проблема возникает тогда, когда метафизические представления воспринимаются как нечто значимое само по себе: такая ситуация наблюдается с идеей человека вообще и его правами. Как замечает Тен Хаве, права человека сформулированы универсальным образом, а на локальном уровне, где они и должны применяться, зачастую возникает непонимание их значимости, радикально иное их понимание [Ten Have H., 2016, ch. 10–11]. Универсальное измерение (как оно представлено дискурсом прав человека) становится безжизненным, оно перестает мотивировать людей на то, чтобы следовать идеалам, жить «совершенным образом» (Рикер).

Все дело в том, что нормы или ценности не являются источниками моральной мотивации. Наоборот, они черпают мотивацию из самого устройства жизни и возникающих в ней проблем, на которые они служат ответом. Суть этического здесь заключается в образе достойной жизни, возникающем в качестве другого возможного продолжения экзистенциального решения «быть подлинным образом». Прибавка «достойная» как раз и заключает этический контекст, несводимый к регуляции и нормированию, который привел не без помощи французских философов (в нашем случае — Бадью) к образу биоэтики как консервативной и нигилистической тенденции.

У самого Бадью можно заметить преодоление намеченной нами дилеммы конечного/бесконечного; этой цели служит этика события Бадью, согласно которой человек становится тем или иным субъектом в силу верности открывшейся ему истины [Бадью А., 2006]. Связь между универсальным и частным не может постулироваться как некий внешний закон, определяющий меня как гражданина или человека вообще; она есть разрыв в повседневном существовании, событие истины, которое случилось со мной. Пути в метафизику становятся индивидуальными. Подобное решение достойно внимания (хотя и требует подробного дальнейшего анализа): его позитивная ценность в том, что оно избегает упомянутого выше редукционизма, при этом восстанавливается связь между конечным человеческим существованием и метафизическим бытием. Обращая этику Бадью против его взглядов на биоэтику, мы можем добиться значительной выгоды для последней: для реализации потенциала, который мыслил в ней Поттер, она должна быть версией практической философии.

БИБЛИОГРАФИЯ

Арбес Ф. Человек перед лицом смерти. — М.: Прогресс—Прогресс-Академия, 1992. — 528 с.

Бадью А. Этика: Очерк о сознании Зла / Пер. В.Е. Лапицкого. — СПб.: Machina, 2006. — 126 с.

Бодрийяр Ж. Символический обмен и смерть. — М.: Добросвет, 2000. — 389 с.

Кант И. Сочинения на немецком и русском языках. Т. 2: Критика чистого разума, в 2 частях. Ч. 1. — М.: Наука, 2006. — 1086 с.

Муравьев А.Н. Отношение философии и опыта в истории философии и культуры: Дис. ... д-ра филос. наук. — СПб., 2017. — 374 с.

Платон. Апология Сократа // В кн.: Платон. Собрание сочинений, в 4 томах. Т. 1. — М.: Мысль, 1990. — С. 70–96.

Плотников Н.С. Абсолютный дух и другое начало. Гегель и Хайдеггер // Вопросы философии. — 1994. — № 12. — С. 178–184.

Протопопов И.А. Понятие ничто и принцип реальной противоположности в философии Канта // Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. — 2014. — Т. 4(42). — Ч. I. — С. 144–146.

Соложенкин Б.С. Основные понятия биоэтики в их философско-антропологической перспективе: о диалектике жизни и смерти // В кн.: Социально-гуманитарное познание: методологические и содержательные параллели / Под ред. А.В. Грехова, А.Н. Фатенкова. — М.: Аквилон, 2019. — С. 245–263.

Фуко М. Герменевтика субъекта: Курс лекций, прочитанных в Коллеж де Франс в 1981–1982 учебном году / Пер. А.Г. Погоняйло. — СПб.: Наука, 2007. — 677 с.

Щербаков В.П. Эволюция как сопротивление энтропии. — http://elementy.ru/nauchnopolupulyarnaya_biblioteka/430413/Evolutsiya_kak_soprotivlenie_entropii (февраль 2021).

Dimitrova M. The Language of Dialectics // Sofia Philosophical Review. — 2013. — Vol. VII(2). — P. 89–94.

Heidegger M. Hegel's Phenomenology of spirit. — Bloomington: Indiana University Press, 1988.

Luhmann N. European rationality // In: Rethinking imagination: culture and creativity / Ed. by G. Robinson, J. Rundell. — London: Routledge, 1994. — P. 65–87.

Taylor Ch. Sources of the Self: The Making of the Modern Identity. — Cambridge: Harvard University Press, 1989. — 624 p.

Ten Have H. Global bioethics: an introduction. — New York: Routledge, 2016. — 272 p.

Verene D.P. Hegel's absolute: an introduction to reading "The phenomenology of spirit". — New York: State University of New York Press, Albany, 2007.

Verene D.P. Speculative philosophy. — Lanham: Lexington Books, 2009.

Технологические наукоёмкие достижения современной китайской медицины во многом опережают западные, но в некоторых случаях они совершенно не затрагивают этические аспекты. Международный статус большинства исследовательских задач современной медицины, специфика организации научного поиска в сфере биотехнологий и темпы развития наук зачастую формируют новые этические вызовы или усложняют имеющиеся нравственные дилеммы, создавая необходимость пересмотра хрупкого консенсуса мирового научного сообщества. Дополнительная сложность возникает вследствие не только различия законодательства отдельных стран, но и различий в социокультурных и ценностных аспектах обществ, участвующих в передовых биомедицинских проектах. Совокупность этих обстоятельств усложняет выработку единых стандартов, биоэтических и этических норм современной науки, в т. ч. и биомедицины. В связи с этим актуализируется роль гуманитарных наук, в частности исторических исследований, предметом которых является развитие медицины в разных странах, что, в свою очередь, позволяет осуществлять репрезентацию современных социальных вызовов и выстраивать мосты между разными культурами в интересах глобального здравоохранения.

В последние десятилетия внимание мирового сообщества привлекают ученые из Китайской Народной Республики в связи с их беспрецедентными результатами в различных областях медицины, особенно геномной инженерии. Международное сообщество выражает обеспокоенность слабым этико-правовым сопровождением развития биотехнологий в Китае. Руководство страны, с одной стороны, ставит задачи ускорения реализации государственных научно-технических проектов в инновационных сферах, а с другой, поскольку развитие технологий носит глобальный характер, понимает важность диалога стран и культур относительно результатов и потенциальных вызовов и угроз, которые несут в себе новые биотехнологии.

Исторические исследования позволяют отметить особенности развития Китая, который занимал позицию, направленную на заимствование технологий. История развития медицины и здравоохранения в КНР тесно связана с помощью СССР. Возможно, историческая реконструкция становления, развития и трансфера медицинских технологий в КНР в середине XX в. будет способствовать лучшему пониманию современных социальных вызовов, формирующихся в т. ч. в академической науке КНР сегодня.

Общие геополитические интересы двух государств диктовали необходимость сотрудничества по всем направлениям. СССР в первое десятилетие «холодной войны» строил свою внешнюю политику с расчетом на взаимовыгодное сотрудничество с Китаем, нуждаясь в надежном союзнике в Азиатско-Тихоокеанском регионе. Поэтому на этом историческом этапе мы наблюдаем пик взаимной заинтересованности, стремления к сотрудничеству со стороны и СССР, и КНР. Важно подчеркнуть, что это был период, когда обеими сторонами осознавалась необходимость и возможность диалога в самых разных направлениях. Так, в общий контекст геополитических и идеологических интересов была интегрирована и научная сфера, составной частью которой были медицина и здравоохранение [Кобылин И.И., 2017]. Сотрудничество активизировалось и приобрело новые формы буквально после образования КНР в 1949 г.

Соглашение, подписанное 27 марта 1950 г. в Москве, определяющее условия работы советских специалистов в Китае, стало отправной точкой развития технологического и интеллектуального сотрудничества между СССР и КНР в области медицины и здравоохранения. В со-

ответствии с ним советская сторона брала на себя обязательства направлять в Китай специалистов и советников различной квалификации с учетом требований китайской стороны.

Кроме того, китайское правительство ходатайствовало о приеме в советские высшие медицинские учреждения студентов, аспирантов, адъюнктов. В 1952 г. КНР активно интересовалась постановкой и структурой образовательного процесса в учебных заведениях СССР, а также организацией научно-исследовательской работы [ЦАНО, Ф. 2533. Оп. 3. Д. 752]. В этом же году были реализованы договоренности о приеме в аспирантуру медицинских учебных заведений СССР 30 военных врачей — граждан КНР [ЦАНО, Ф. 2533. Оп. 3. Д. 8107, 8155].

Дополнительно в 1954 г. было подписано соглашение о культурном сотрудничестве и технической помощи между Советским Союзом и Китаем. Наряду с представлением значительного массива научно-технической документации важной составляющей в сфере научно-медицинского сотрудничества стало командирование в КНР советских специалистов для передачи опыта практической работы на предприятиях, в лечебных учреждениях, медицинских организациях, часть которых собственно была построена усилиями советской стороны. Так, в соответствии с упомянутым соглашением с 1954 г. значительно возросла экономическая помощь со стороны Советского Союза, увеличилось количество специалистов, направляемых в Китай. Большую роль в регулировании связей между двумя странами играло Управление по научно-техническому сотрудничеству (УНТС). В целях реализации намеченных планов сотрудничества Управление внешних сношений Министерства здравоохранения СССР начиная с 1952 г. регулярно направляло советских медиков и технических специалистов в КНР, с определенной периодичностью реализовало программы помощи по диспансеризации населения и его последующего лечения.

Многие советские врачи внесли свой вклад в развитие китайской медицины. Например, в 1954 г. в терапевтическое отделение Пекинской государственной больницы КНР была направлена делегация советских врачей с целью оказать медицинскую и профилактическую помощь высшему военному и партийному руководству. Эта командировка 1954–1956 гг. стала одной из важнейших в системе регулярных поездок советских медиков в КНР. Она носила достаточно продолжительный характер на фоне других поездок (в то время поездки в Китай зачастую длились от одного до двух месяцев). Два полных года пребывания советских врачей в КНР позволили привести в порядок организацию терапевтической службы на базе Пекинской государственной больницы, накопить продуктивный опыт применения ряда медицинских технологий и практик, в дальнейшем внедрявшихся повсеместно.

Такое сотрудничество носило двусторонний характер. Это выражалось, во-первых, в том, что отправка советских специалистов в Китай и прием иностранных делегаций из КНР в Советском Союзе шли параллельно. Во-вторых, процесс организации здравоохранения в КНР выстраивался, с одной стороны, по советскому образцу, но, с другой стороны, на фоне развития таких взаимоотношений происходило постоянное внедрение традиционной китайской медицины в практику советских врачей, поскольку последние весьма активно стремились овладеть новым для себя опытом китайской медицины [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 435].

Научный, культурный вклад советских специалистов, безусловно, ценился китайцами. Однако и сами советские медицинские работники считали пребывание в Китае чрезвычайно важным для своего профессионального роста. Отметим, что контакты в указанной сфере взаимоотношений проходили по самым разным ведомствам. К примеру, на уровне министерств культуры обеих стран предполагались, в частности, двусторонние приглашения «[советских] специалистов для совместного изучения с китайскими специалистами опыта лечения средствами китайской народной медицины диабета, нефрита...», «[китайских]... специалистов для обмена опытом по вопросам акупунктуры и прижиганий со сроком пребывания в стране до 30 дней...» [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 435. Л. 16].

Отдельными направлениями сотрудничества двух государств в 1950-е годы стало налаживание академических связей, а также непосредственная техническая помощь Советского Союза. Программы, акты, отчеты, переписка демонстрируют расширение масштабов научного и технического сотрудничества. Однако очевидно, что материальная и техническая помощь СССР во много раз превосходила обратную связь. В то же время анализ архивных материалов, прежде всего отчетов и планов Управления внешних сношений Министерства здравоохранения СССР за 1952 г., демонстрирует динамику взаимоотношений двух стран, свидетельствующих не только о взаимовыгодном сотрудничестве и проведении совместных мероприятий, но и академическом обмене. В перечне же мероприятий, проводимых китайской стороной, можно отметить производственные практики китайских специалистов в СССР, состоявшиеся в 1955–1956 гг. [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 178 (I часть), Д. 179 (II часть)].

В 1950-е годы количество студентов и аспирантов, прибывавших из Китая в СССР, резко возросло. Советские медицинские вузы разной ведомственной принадлежности стали принимать иностранных граждан — студентов и аспирантов, большинство которых составляли китайцы. Например, по данным Министерства здравоохранения СССР, на 1 июля 1955 г. количество прибывших в Советский Союз аспирантов и студентов (будущих медиков) из Китая распределялось следующим образом: 1-й Ленинградский мединститут — 6 студентов и 6 аспирантов, Ленинградский педиатрический мединститут — 2 студента и 6 аспирантов, Ленинградский химико-фармацевтический институт — 10 студентов и 7 аспирантов, 1-й Московский медицинский институт — 8 студентов и 6 аспирантов, Центральный институт усовершенствования врачей — 4 аспиранта, НИИ физиотерапии — 1 аспирант, ВНИИ химико-фармацевтический институт — 2 аспиранта, Институт вакцин и сыворотки — 1 аспирант [РГАЭ, Ф. 7733. Оп. 45. Д. 1295. Л. 22]. По вузам Министерства здравоохранения РСФСР картина была следующей: Казанский медицинский институт — 15 студентов, 2-й Московский мединститут — 8 студентов, Московский стоматологический институт — 2 студента и 2 аспиранта, Ленинградский санитарно-гигиенический институт — 11 студентов и 8 аспирантов [РГАЭ, Ф. 7733. Оп. 45. Д. 1295. Л. 24].

Одним из важных направлений советской помощи КНР стали поставки медикаментов. Например, с 27 декабря 1951 г. по 16 февраля 1952 г. действовал договор о поставке для экспорта в Китай 55 млн доз поливитаминов в драже [ГАРФ, Ф. 5446. Оп. 86а. Д. 1052]. С 10 апреля 1952 г. по 17 марта 1952 г. реализовывались договоренности между двумя странами о передаче Министерству здравоохранения КНР инструкции по приготовлению противочумной брюшнотифозной вакцины [ГАРФ, Ф. 5446. Оп. 86а. Д. 8113]. В свою очередь, большой интерес советской стороны вызывали «достижения китайских специалистов в области антибиотиков» [Капица М.С., 1958, с. 378]. Эти направления стали основными в плане сотрудничества стран; однако определялись они, как правило, именно китайской стороной, исходя из прямой заинтересованности китайского правительства.

Ярким проявлением дружбы двух стран стала безвозмездная передача в 1956 г. системе китайского здравоохранения советских госпиталей Красного Креста в Дальнем, Ининне. Спустя некоторое время, в марте 1957 г., также безвозмездно китайскому Минздраву был передан и госпиталь в Пекине, созданный в 1952 г. В течение 5 лет в его стенах было принято более полумиллиона амбулаторных пациентов и подготовлено свыше 300 китайских врачей. В ходе ознакомительных поездок по обмену опытом консультации здесь получили более 17 тыс. медицинских работников КНР [ГАРФ, Ф. 5446. Оп. 86а. Д. 1052].

В 1954 г. были достигнуты взаимные договоренности между СССР и КНР относительно строительства больницы и медицинского городка на китайской территории. В подписанном протоколе утверждалось, что «Министерство здравоохранения СССР, именуемое в дальнейшем Генеральный поставщик, Всесоюзное экспортно-импортное объединение “Техноэкспорт” (Москва) и китайская компания “Техноимпорт” (Пекин), именуемая в дальнейшем Генеральный заказчик,

договорились передать проектную документацию для клинической больницы и медицинского института» [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 127. Л. 48]. В этом документе обговаривались финансовые вопросы относительно выплат советской стороной. Указанную в договоре сумму, составляющую более 1 млн рублей (1 007 440), советская сторона изначально готова была вложить в разрабатываемый проект. В настоящее время медицинский городок, построенный усилиями советских специалистов при серьезной финансовой помощи Советского Союза, расширился до Синьцзянского медицинского университета с действующими клиническими базами обновленного типа, который занимает высокие позиции в КНР. На фасадной стороне старого корпуса клиники помещена красная звезда, свидетельствующая об истории строительства этой инфраструктуры.

В целом научное сотрудничество между СССР и КНР в сфере медицины и здравоохранения неуклонно расширялось в течение всего периода 1950-х годов.

В последующие годы дальнейшие планы сотрудничества обеих стран, подписанные 21 ноября 1957 г. министром культуры СССР Н. Михайловым и министром культуры КНР Шэнь Янь Бином, предполагали широкий охват сферы здравоохранения. Утвержденные ими положения демонстрировали готовность стран вести диалог по многим направлениям медицины и здравоохранения. Как отмечалось в документе, «стороны будут предоставлять возможность для медицинских консультаций и лечения граждан другой страны... стороны будут информировать друг друга о национальных медицинских съездах и конференциях, которые будут проведены в СССР и в КНР в 1958 г.» [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 435. Л. 15]. В плане мероприятий на 1958 г. также говорилось, что «издательство иностранных и национальных словарей СССР и издательство “Шидай” КНР установят постоянные деловые связи по вопросам издания русско-китайских и китайско-русских словарей» [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 435. Л. 38]. Кроме того, планировалось, что «в целях взаимного ознакомления с историей, культурой и искусством народов СССР и КНР... стороны будут содействовать привлечению авторов к написанию популярных книг и брошюр, рассчитанных на массового советского и китайского читателя» [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 435. Л. 36]. Ежегодные планы подобного сотрудничества включали и пункт «здравоохранение».

В 1958 г. стороны объявили о продолжении сотрудничества и оказании взаимной помощи по всем вопросам здравоохранения, медицинской науки, медицинской печати, санитарно-эпидемической службы, лечебно-профилактической помощи населению, санитарного просвещения, медицинского образования и медицинской промышленности. Перспективы дальнейших взаимодействий гарантировали обмен сторонами (по соответствующим просьбам) информацией и документацией «по всем вопросам здравоохранения: организации и планированию здравоохранения и медицинской науки... изучению лекарственных растений, изданию медицинской литературы» [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 435. Л. 69]. Важным элементом налаживания контактов стала договоренность между странами об «обмене планами научных работ, научными трудами и взаимной информацией о результатах проводимых научных исследований» [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 435. Л. 70]. Например, обсуждалось развитие сотрудничества «между 1-м Московским институтом и Пекинским медицинским институтом, 2-м Московским медицинским институтом и 2-м Шанхайским медицинским институтом, 1-м Ленинградским медицинским институтом и 1-м Шанхайским медицинским институтом» [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 435. Л. 70]. Важным пунктом сотрудничества стал книгообмен между Центральной медицинской библиотекой Министерства здравоохранения СССР и медицинской библиотекой Академии медицинских наук КНР [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 435. Л. 71].

Среди мероприятий, способствовавших в это время расширению горизонтов сотрудничества, следует отметить подписание Соглашения о научном сотрудничестве с Академией наук СССР и КНР от 11 декабря 1957 г., а также межправительственное Соглашение о научно-техническом сотрудничестве от 18 января 1958 г. (с выделением 122 крупных научных проблем для Академий наук) [Капица М.С., 1958, с. 379].

Таким образом, 1958 г. в системе выстраивания отношений в области здравоохранения и медицинской науки между Министерствами здравоохранения СССР и КНР был весьма насыщенным и продуктивным. Это выразилось, во-первых, в том, что в «Плане сотрудничества в области здравоохранения и медицинской науки между Министерствами здравоохранения СССР и КНР на 1958 г.» [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 435] четко определялись будущие действия, а именно: «Министерства здравоохранения СССР и КНР в течение 1958 г. будут продолжать взаимное сотрудничество в области медицинской науки, санитарно-эпидемической службы, лечебно-профилактической помощи населению...» [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 435. Л. 23]. Во-вторых, представители Министерств обеих стран приняли решение, что «взаимное возмещение расходов по различным вопросам сотрудничества... будет проводиться, главным образом, посредством безвалютных расчетов на основе... взаимовыгоды» [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 435. Л. 23].

Особо отметим, что в это время именно китайская сторона проявляла исключительную активность в развитии двусторонних отношений и дальнейшем сближении. Например, 10 июня 1958 г. состоялась беседа, на которой присутствовали заместитель начальника Управления внешних сношений Минздрава СССР Д.Д. Венедиктов, старший инспектор Управления внешних сношений Е.И. Воронцова, советник Посольства КНР в Москве Чжан Инь-У, сотрудник Посольства КНР в Москве Чжу Чжан-Мин [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 435. Л. 38]. Участники обсудили возможность дальнейших прямых контактов между Министерствами здравоохранения обеих стран. До этого времени посредником в подобных переговорах, как правило, выступал Комитет по научно-техническому сотрудничеству СССР. Это же инициативное предложение поступило от китайской стороны: Чжан Инь-У в беседе заявил, что «...желательно было бы иметь непосредственный контакт между Министерствами здравоохранения СССР и КНР, минуя Комитет по научно-техническому сотрудничеству» [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 435. Л. 38]. Подобные шаги, инициированные китайской стороной, демонстрировали ее желание придать этому процессу более интенсивный характер.

В дальнейшем эта тема получила развитие на седьмой сессии Советско-Китайской комиссии по научно-техническому сотрудничеству, в рамках работы которой вопросы «о расширении и усилении непосредственных связей между родственными научно-исследовательскими и проектными институтами СССР и КНР» получили необходимое развитие.

В целом в конце 1950-х годов научное сотрудничество шло высокими темпами: были составлены планы, соглашения, проводились беседы, активно продолжалась переписка [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 675]. В итоге в это время был сделан серьезный шаг в сфере научного сближения на уровне Академий медицинских наук СССР и КНР.

В частности, результатом такой деятельности стало не только создание в 1957 г. Академии медицинских наук КНР, но и ее позиционирование как центра научной работы под общим руководством Министерства здравоохранения. На АМН КНР были возложены функции организатора научных работ в сфере медицины во всей стране. К 1960 г. в ее ведении находились уже 12 институтов и 4 больницы, в которых велась научно-исследовательская работа [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 675. Л. 19]. Во главе АМН стоял Административный совет, в задачи которого входило «настойчивое выполнение постановлений и указаний Минздрава КНР всесторонне проводить в жизнь генеральную линию Коммунистической партии Китая в социалистическом строительстве...» [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 675. Л. 20]. Нужно признать, что АМН КНР проявляла в этих вопросах большую активность. Например, 20 марта 1959 г. в беседе с вице-президентом АМН КНР профессором Шун Цзи-Чжином были обсуждены три ключевых вопроса: «во-первых, об отправке в СССР материалов и препаратов по китайской народной медицине; во-вторых, об издании совместного журнала — Вестника АМН СССР и АМН КНР на двух языках; в-третьих, об организации совместных научно-исследовательских институтов по взаимоважным и интерес-

ным проблемам» [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 675. Л. 58]. В сфере таких интересов находились, прежде всего, проблемы производства антибиотиков, развитие санитарного движения, строительство заводов медицинских препаратов, фармацевтическое производство.

Налаживание диалога между Академиями медицинских наук обеих стран нашло свое продолжение и в 1960-е годы. Условия двустороннего соглашения между ними обсуждались на личных встречах их представителей и в официальной переписке. В итоге были определены основные пункты контактов по важнейшим вопросам медицины, по которым удалось прийти к соглашению и договориться. Предполагалось, что Академии медицинских наук СССР и КНР «будут проводить совместные исследования по важнейшим вопросам медицинской науки; что они будут приглашать и принимать научных сотрудников... для участия в работе научных съездов, конференций, сессий, совещаний... передавать друг другу материалы проведенных мероприятий... обмениваться планами научно-исследовательских работ... осуществлять взаимную публикацию статей...» [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 675. Л. 6].

В целом в 1950-е годы Советский Союз последовательно выполнял все обязательства, предоставлял на льготных условиях долгосрочные кредиты, инициировал и подписывал соглашения о безвозмездной передаче советским правительством правительству КНР технической документации, направлял специалистов, которые содействовали закладке основ индустриализации страны, подготовке кадров, реорганизации системы высшего образования (в частности, медицинского). Безусловно, Советский Союз внес значительный вклад в формирование системы национального здравоохранения КНР. Однако такие успехи и достижения в полной мере основывались и на активной политике руководства Китая, поставившего в приоритет не только развитие здравоохранения в стране, но и связанные с этим направлением расходы. В связи с этим в КНР постоянно росла сеть медицинских учреждений, «большое развитие получили поликлиники и здравпункты, созданные на средства самих народных масс». Целью властей того периода было создание в каждом уезде больницы, в волости — амбулатории, в каждом сельскохозяйственном кооперативе — здравпункта [РГАЭ, Ф. 679. Оп. 2. Д. 1093. Л. 36].

Еще раз подчеркнем: это было взаимовыгодное сотрудничество, поскольку речь шла не только о помощи со стороны СССР. Китай также максимально активно откликался на все запросы и просьбы советской стороны. В частности, Советский Союз получил из КНР методики лечения многих нервных заболеваний (таких, как гипертоническая болезнь, радикулит, полиневрит, артрит, полиомиелит, паралич лицевого нерва и др.). Из Китая также поступали в СССР методики и рецептуры использования лекарственных растений против малярии, кори, коклюша, дифтерита, бруцеллеза, диабета, астмы, дизентерии и т. п. [Клейменов Ф., 1957, с. 13]. Китаем были переданы нашей стране образцы и рецептура изготовления целого ряда других препаратов широкого спектра действия, описания методов китайской медицины при лечении различных заболеваний (энцефалита, бруцеллеза и др.) По данным специалистов Минвнешторга СССР, «из Китая были получены многие штаммы бактерий, которые использовались в производстве бактериологических препаратов. Советским Союзом были также заимствованы методы изготовления ряда вакцин, токсинов и сывороток» [Голубков А., 1957, с. 4–5].

Таким образом, можно заключить, что в рассматриваемый период имело место чрезвычайно полезное и взаимовыгодное сотрудничество между двумя странами, которое и сегодня заслуживает самого пристального внимания¹.

Однако, несмотря на значительные успехи в развитии двусторонних отношений, планы

¹В таком контексте, однако, особенно огорчает, что взаимоотношения двух держав в сфере развития медицины и здравоохранения крайне редко исследуются в отечественной историографии. Авторы гораздо больше интересуют личностные связи и модели общения лидеров [Галенович Ю.М., 2017а, 2017б], политические и экономические взаимоотношения Китая и Советского Союза [Непомнин О.Е., 2011], чем обозначенная нами проблема.

культурного и научного сотрудничества между СССР и КНР после 1960 г. были свернуты в связи с изменением политической конъюнктуры. Последние материалы о научном сотрудничестве в области здравоохранения между СССР и КНР, обнаруженные нами в виде планов, соглашений, записей бесед, отчетов и переписки, в этом хронологическом отрезке датированы летом — осенью 1960 г. [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 675]. Тогда все еще планировалось развернуть и продолжить научное сотрудничество по важнейшим вопросам медицины между Академиями медицинских наук СССР и КНР. Стороны сохранили договоренность «проводить совместные исследования по важнейшим вопросам медицинской науки... приглашать научных сотрудников... для участия в работе научных съездов, конференций, сессий, совещаний...» [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 675. Л. 3]. В период с 25 мая по 2 июня 1960 г. делегация АМН СССР в составе ее вице-президента В.Д. Тимакова, действительного члена А.Ф. Билибина, представителя Управления внешних сношений Министерства здравоохранения СССР В.И. Петрова была командирована в КНР [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 675. Л. 18]. Согласно составленному членами делегации отчету (который незамедлительно был принят) и привезенному проекту «Соглашения о научном сотрудничестве по важнейшим вопросам медицины между АМН СССР и АМН КНР», отношения между государствами в научной и клинической сферах должны были укрепляться и интенсивно развиваться.

Внезапный отзыв Советским Союзом своих сотрудников из Китая в соответствии с нотой в МИД КНР об отзыве специалистов от 16 июля 1960 г. стал полной неожиданностью для всех межгосударственных структур, которые занимались вопросами научно-технического сотрудничества между двумя странами. И что самое главное, это было неприятным сюрпризом для самих советских специалистов, работавших в КНР. Таким образом, июль — август 1960 г. стал рубежом, обозначившим серьезное и ощутимое охлаждение в отношениях двух стран.

Однако, несмотря на это, контакты конца 1960-х — начала 1961 г. все еще проходили довольно равно, в рабочей обстановке. Стороны передавали друг другу различного рода письма, планы непосредственного научного сотрудничества между научно-исследовательскими институтами, запрашивали техническую документацию по темам научного и научно-технического сотрудничества. Казалось, что отношения еще могли быть успешно восстановлены.

В таком ракурсе необходимо обратить особое внимание на специфическую атмосферу, которая в то время характеризовала работу советских людей в Китае. Так, согласно развернутому отчету о командировке в Пекин геодезиста А.Ш. Татевяна от 6 декабря 1959 г., одно из главных его впечатлений, о котором он считал важным и нужным сообщить, состояло в том, что «везде мы были приняты очень сердечно, по-братски. Это в первую очередь следует отнести к чести Советского Союза. Каждый раз... мы отмечали большие успехи, достигнутые китайским народом во всех областях народного хозяйства и культуры. Нам всегда отвечали, что эти успехи неотделимы от бескорыстной помощи Советского Союза, от советско-китайской дружбы» [РГАЭ, Ф. 9493. Оп. 1. Д. 1098. Л. 154].

Исследователи часто обращают внимание на масштабы и характер технической помощи СССР Китаю, однако они делают акцент преимущественно на авиационной, пищевой промышленности или затрагивают вопросы экономического сотрудничества в целом [Сладковский М.И., 1957; Советско-китайские отношения. 1917–1957, 1959].

Таким образом, непосредственно в научных, технических, производственных коллективах, а также среди основного китайского населения программы научно-технического сотрудничества СССР и КНР воспринимались глубоко позитивно; все еще имеющее место продолжение заимствования медицинских технологий демонстрировало стремление правительства КНР сохранить прежний формат политики. Отношение к советским специалистам в Китае также было достаточно теплым. Тем не менее в силу усилившихся политических разногласий обеих

сторон важное направление сотрудничества во второй половине 1961 г., к сожалению, было прекращено.

В целом на основании анализа архивных материалов можно заключить, что помощь СССР Китаю в сфере здравоохранения была обширной и разносторонней. Однако решающим условием эффективности проделанной работы в сфере развития национальной системы здравоохранения Китая была активная роль руководства этой страны. Время требовало от Коммунистической партии Китая такой политики, которая обеспечивала бы эффективное использование советской помощи. В связи с этим Китай активно развивал диалог и максимально полно использовал ресурсы медицинского потенциала СССР (в т. ч. образовательного, научного). Следует отметить, что в течение 1949–1961 гг. Советский Союз передал КНР передовые медицинские технологии, образовательные концепции, на основе которых опыт организации советского здравоохранения был успешно внедрен в КНР [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 266, 267, 268, 394, 395, 396, 785]. Новый тип здравоохранения КНР сформировался с учетом достижений национальной медицины, при активном внедрении советских принципов медицинской помощи населению. Такая реорганизация коснулась многих сфер: клинической практики, медицины как науки, академического процесса, профессионального сотрудничества Академий медицинских наук. Китай очень быстро перенимал новые формы клинической практики и организации работы. Уже к 1960 г. стремительно развивались институты и лечебные учреждения в Пекине, Шанхае, Ханчжоу и других городах. Среди основных векторов дальнейшего развития здравоохранения по социалистическому образцу важно отметить борьбу за гигиену и санитарию, ликвидацию опасных эпидемических заболеваний. Одной из центральных установок Минздрава КНР стал лозунг: «Наука — на службу политике, производству и больным» [ГАРФ, Ф. 8009. Оп. 34. Д. 675. Л. 21].

Советская помощь была действительно решающим фактором в переустройстве и обновлении Китая. С момента образования КНР китайское правительство акцентировало внимание на стратегии, регулирующей вопросы профилактики болезней, охране здоровья и дальнейшем развитии традиционной медицины; совершенствовало программу повсеместного создания медицинских учреждений и подготовки медицинских кадров; способствовало организации больниц разного уровня и появлению медицинских организаций по всей стране с целью сформировать целостную лечебно-профилактическую сеть в городах и сельских районах.

Однако, сосредоточившись на заимствованиях медицинских технологий, китайская клиника почти обошла этические принципы, которые являются важным спутником правовой базы медицины. Развитие этического компонента китайской медицинской науки, образования и практики стало достаточно поздним явлением по сравнению не только с западными странами, но и Советским Союзом. Китай активно заимствовал и внедрял передовые идеи от Советского Союза, и это стало решающим фактором интенсивного технологического прорыва в медицине и биомедицинских исследованиях, который мы наблюдаем в Китае сегодня. Вместе с тем этические принципы советской медицины лишь частично оказали влияние на этические аспекты медицины КНР второй половины XX в. Влияние во многом было связано с деонтологическими элементами практики медицины, их неполным и поверхностным заимствованием с существенными различиями на уровне культурных ценностей. Тем не менее модернизация здравоохранения в КНР была крайне необходима и руководство страны было максимально открыто к взаимодействию с СССР. Именно поэтому исследование этико-правового аспекта в ракурсе этого взаимодействия представляется важным предметом исторических и гуманитарных исследований, позволяющих подойти более обстоятельно к оценкам современного поля этики медицины и биоэтики в КНР.

- Галенович Ю.М. Россия: взгляд из Китая. — М.: Яуза, 2017. — 320 с.
- Галенович Ю.М. Сталин и Мао. Друзья и соперники. — М.: Яуза, 2017. — 637 с.
- Голубков А. Советско-китайское научно-техническое сотрудничество // Внешняя торговля. — 1957. — № 7. — С. 2–16.
- Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ).
- Капица М.С. Советско-китайские отношения. — М.: Госполитиздат, 1958. — 424 с.
- Клейменов Ф. Научно-техническое сотрудничество — важный фактор укрепления международных экономических связей // Внешняя торговля. — 1957. — № 11. — С. 10–18.
- Кобылин И.И. «Черные ящики» истории знания // Новое литературное обозрение. — 2017. — № 146. — С. 300–306.
- Нагорных О.С., Шок Н.П. Россия и Китай в ракурсе глобального здравоохранения: передача биотехнологий или трансфер этоса? // В кн.: Социально-гуманитарное познание: методологические и содержательные параллели / Под ред. А.В. Грехова, А.Н. Фатенкова. — М.: Аквилон, 2019. — С. 297–312.
- Непомнин О.Е. История Китая XX век. — М.: Институт востоковедения РАН, Крафт+, 2011. — 736 с.
- Российский государственный архив экономики (РГАЭ).
- Сладковский М.И. Очерки экономических отношений СССР с Китаем. — М.: Внешторгиздат, 1957. — 455 с.
- Советско-китайские отношения. 1917–1957. Сборник документов. — М.: Издательство восточной литературы, 1959. — 467 с.
- Центральный архив Нижегородской области (ЦАНО).

Introduction

Childlessness is a serious problem for families all over the world. Every seventh couple cannot conceive a child or carry a pregnancy to achieve a live birth [World Health Organization, <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/DHS-CR9.pdf>, xiii; Mascarenhas M.N. et al., 2012]¹. This inability compromises the wholeness of families: their happiness and well-being. Many infertile people yearn to have a biological child. Even Christians are often ready to use any means available, unconcerned about the implications of doing so for their vocation to unify their hearts with God. They neglect the risk of being misled into an affirmation of human self-sufficiency and omnipotence, a position that is incompatible with submission to the will of God and with trust in His Providence. Such passionate pursuits are ill-directed. Frequently, people suffering from infertility undergo extended yet unsuccessful medical treatment. From a Christian perspective, this should lead them to understand that not everything lies in the hands of man. Many infertile couples sincerely start praying and ask the Lord to give them a child, but sometimes still nothing changes. Realizing their failure in praying all by themselves, they often turn for help and guidance to the Church, a decision they should have made in the first place. From Her very origin, the Church was granted access to Divine support. But does that mean that infertile couples should limit the help they seek to spiritual means only? May Orthodox Christians also ask for medical help in order to achieve a pregnancy? If so, the question arises as to which of the medical methods of infertility treatment available today are appropriate for Christians. What in this field is sinful and what is permissible?

The present essay offers criteria to distinguish interventions that are absolutely wrong and must be avoided from interventions that only fall short of the mark, but not very far, and interventions that may be permissible under certain conditions. The Russian Orthodox Church issued a document, “The Basis of the Social Concept of Russian Orthodox Church” (hereinafter, Basis) (2000), which reflects Her position on different social, economic, and political trends of contemporary life. Chapter XII deals with “Problems of Bioethics”. Unfortunately, no clear guidance for the problem of infertility is provided. The authors encourage a certain — if limited — amount of trust in medical interventions: “[T]he Church cannot regard as morally justified the ways to childbirth disagreeable with the design of the Creator of life. If a husband or a wife is sterile and the therapeutic and surgical methods of infertility treatment do not help the spouses, they should humbly accept childlessness as a special calling in life” [Basis, 2000, XIII.4.2].

The document seems to limit couples to pursuing medical or surgical interventions to treat the underlying cause of infertility rather than to bypass it with artificial reproductive technologies (ART)²

¹Mascarenhas M.N. and colleagues show that in 2010 among women 20–44 years of age who were exposed to the risk of pregnancy, 1.9 % were unable to attain a live birth (primary infertility). Out of women who had had at least one live birth and were exposed to the risk of pregnancy, 10.5 % were unable to have another child (secondary infertility). In other research conducted in developing countries, the WHO (xiii) reveals the prevalence of infertility on the level of one-fourth of ever-married women. The study estimates that in 2002, more than 186 million ever-married women of reproductive age (15–49) in the developing countries (excluding China) were infertile because of primary or secondary infertility. This number represents more than one-fourth of the ever-married women of reproductive age in these countries.

²Following “The Basis of the Social Concept of Russian Orthodox Church” (2000), artificial reproductive technologies do not treat or cure the underlying causes of infertility. They just bypass the causes, and this is why the document does not name them as therapeutic or surgical.

such as artificial (or intra-uterine) insemination (AI or IUI) and in vitro fertilization (IVF). At the same time, the document concedes that not every kind of artificial intervention is sinful. First, it recognizes as legitimate procedures for artificial insemination by sperm from the husband, because “it does not violate the integrity of the marital union and does not differ basically from the natural conception and takes place in the context of marital relations” [Basis, 2000, XII.4.2]. Second, they limit their opposition to methods that produce excess embryos: “Morally inadmissible from the Orthodox point of view are also all kinds of extracorporeal fertilization involving the production, conservation and purposeful destruction of spare embryos” [Basis, 2000, XII.4.2]. This suggests that extracorporeal fertilization that does not result in the “production, conservation and purposeful destruction of ‘spare embryos’” may be permissible.

Thus, the document as a whole remains unclear. On one hand, it rejects methods “being disagreeable with the design of the Creator” for facilitating conception and appears to allow only for interventions aimed at treating the causes of infertility themselves. On the other hand, it suggests that some artificial methods of fertilization may be permissible. Because of such unclarity, opinions about the acceptability of IVF vary broadly among Orthodox Christians in Russia. Some scholarly articles defend IVF under the conditions stipulated by the Basis, but many in Russia’s Orthodox society altogether oppose IVF [Tarabrin R., 2014a, 2014b]. Authors on the subject range from rigorous secularists to Orthodox writers who, as a rule, have not analyzed the problem carefully, either altogether ignoring relevant medical research or using unreliable medical sources. These authors conclude that IVF should not be considered a treatment of infertility, that the involvement of third parties disrupts the intimacy of conception, and that the method should be unconditionally prohibited. For example, The Patriarchal Commission on Family Affairs, Protection of Motherhood, and Childhood (2017) issued a collection of essays by authors specializing in medicine, theology, and philosophy. The book claims to offer an important contribution to Russian Orthodox bioethics, but it fails to cite relevant medical evidence, to provide a solid conceptual analysis of the bioethical problems presented by IVF, and to integrate recent statements by the Holy Synod. Confronted by an increasingly fierce debate on this topic, The Supreme Church Council charged the Theological Committee of the Intercouncil Presence³ with preparing a draft of a document that would clarify the position of the Church regarding IVF. In 2017, this author was appointed as a member of that Committee.

This article advances the analysis of reproductive technologies, especially IVF, to propose a properly Orthodox Christian view of their use and to offer guidance to priests and lay believers seeking permissible methods of treating infertility. It does so in two steps. First, it offers a general orientation of Orthodoxy’s teaching on the family, medicine, the nature of ART (IVF in particular), and this author’s conclusions about the conditions under which IVF might be considered licit for pastoral reasons. Second, it addresses ethical problems that arise in different uses or types of IVF to provide more detailed guidance for teaching and pastoral care.

Orthodox Christianity: the family, medicine, and IVF

The Christian Family. The Old Testament teaches that the vocation of couples is to “be fruitful and multiply” (Gen 1:28 SAAS) — to build a family. God established His covenant with Abraham in terms of promises pertaining to his offspring (Gen 17:7–9). For a Jew, the lack of offspring meant

exclusion from God’s covenant. Childlessness was regarded as a punishment (Gen 16:2, 20:18). Moreover, the Old Testament patriarchs were waiting for the promised Redeemer. They expressed this hope in their blessing of their sons (as Jacob’s blessing of Judah in Gen 49:9–10)⁴. The law of the Levirate can be understood not only as a means of saving the inheritance of the family but also as expressing the spiritual expectation of union with God, and thus also of the Redeemer. Every mother in the Old Testament hoped to become the mother of the Messiah [Walker L.L., 1975, p. 479]. This is why the Old Testament considers having many children as a virtue and as the norm.

The New Testament’s position on marriage, first and foremost, reflects God’s words, “It is not good for man to be alone” (Gen 2:18). Spouses have to open themselves toward each other, to avoid selfishness, to love one another, and in this way, by revealing the image of God in themselves, to become real persons. To do this, a spouse should keep peace in his family and so sacrifice his own interests, wishes, and goals. This is what the apostle St. Paul says: “[endeavor] to keep the unity of the Spirit within the bond of peace” (Eph 4:3 NKJV).

Therefore, the main goal of marriage is yearning for Christ and helping each other toward this goal. This is what building a small “church” means. St. Gregory the Theologian (A.D. 329–390) writes, “Composing one flesh, spouses have one soul. Marriage does not draw [the couple] away from God but brings [them] closer to Him” [Gregory of Nazianzus St., 2001, p. 99]. If a couple is infertile, then, in spite of the lack of a child, marriage still can fulfill its Divine purpose. Infertility does not hinder a couple’s Divine vocation. For this reason, we could say that a marriage can realize its mission without children. However, infertility remains difficult to accept. All prayers of the Orthodox marriage rite envision rich progeny. At the rite we pray: “The wife shall be as a fruitful vine on the gables of thine house,” and we ask, “That there may be vouchsafed unto them chastity, and fruit of the womb for their benefit, let us pray to the Lord” [Book of Needs, 1894, p. 61]. The ceremony recognizes that children are a source of happiness and a great blessing: “That they may be rejoiced in the beholding of sons and daughters, let us pray to the Lord” [Book of Needs, 1894, p. 61]. And finally, in the marriage rite we pray that God bless the family with children: “Remember, O Lord our God, thy servant and thine handmaid and bless them. Give them fruit of the womb, fair children...” [Book of Needs, 1894, p. 65]. Thus, childlessness is a great burden for any Orthodox family.

Responding to Infertility. Given these considerations about marriage and children, what would be a properly Orthodox response to infertility? First, the Church offers Her traditional teaching designed to help Christians to accept their plight as their God-given Cross, and thereby to find peace in Christ. Such willing submission might even work its own miracle in enabling spouses eventually to conceive a child naturally. Second, even while offering such submission to the will of God, spouses are encouraged to use the spiritual means provided by the Church in support of their legitimate wish to have children. Infertility may be a consequence of previous sins. For instance, fornication may result in sexually transmitted infections and tubal obstruction, while an abortion may result in intrauterine adhesions, both of which hinder pregnancy. Childlessness might result from spouses having willfully delayed child-bearing because they had prioritized worldly goals, such as exclusive enjoyment of each other or building up professional careers. Given such serious sins, spouses should repent, confess, and mend their ways in order to be able to hope for healing of both their bodies and souls. Even when infertility is not the result of a life outside of God, spouses should intensify their participation in the mysteries of the Church. A more focused life in the Church will bring them closer to God, Who is

³ The Intercouncil Presence is the organization in the Russian Church that is supposed to prepare foundational documents forming the position of the Church on the most acute topics of contemporary life. Then, every document is presented for a broad discussion within all the Russian Church by reviews of every eparchy and by internet discussion of lay parishioners. After review and consideration of all comments and corrections, the final document is presented to the Bishops’ Assembly. If the Assembly approves the document, it becomes the official position of the Russian Church. The same procedure is followed for the draft IVF document.

⁴ Similar expectations had been entertained from the very beginning. For example, Eve named her first son Cain (which means “redeemer”), because of God’s promise about her offspring. When her expectations failed, she understood that the redeemer would come only later. She expressed this insight by naming the second child Abel, which means breath, nothingness, vanity, and, after Abel’s death, her next son she named Seth, which is “another offspring in place of Abel” (Gen. 4:1–2, 25).

the real healer of all human disorder. Moreover, it is He who blesses a family with children. Therefore, spiritual means such as prayer, Confession, Communion, Holy Unction, and Holy Matrimony, that is, coronation rites, for those who are married without the blessing of the Church, should be the first steps in treating infertility for Orthodox Christians.

Now, does that exhaust their options? Do they really just have to pray and wait, simply relying on God? Answering this question requires, first, attention to the more general matter of the role of medicine in the Christian life.

Orthodox perspective on medicine. Orthodoxy sees medicine as God's gift to man. As Scripture says: "And keep in touch with your physician, for the Lord created him" (Sirach 38:12). St. Basil the Great recalls this statement with even greater clarity in his Long Rules: "In as much as our body is susceptible to various hurts, some attacking from without and some from within by reason of the food, and since it suffers affliction from both excess and deficiency, the medical art has been vouchsafed us by God" [Basil the Great St., 1999, p. 331–332].

The holy father explains that God gave us medicine to help us because our bodies were defiled after the Great Fall: "We were united with the pain-ridden flesh doomed to destruction because of sin and, for the same reason, also subject to disease, the medical art was given us to relieve the sick, in some degree at least" [Basil the Great St., 1999, p. 331]. Adam's deviation from God deprived him of God's grace, which previously had supported the human body. Disease presents one of the consequences of the disruption of man's relationship with God after the Fall. By invoking the therapy God imposed on Adam, "In the sweat of your face you shall eat bread" (Gen. 3:19), St. Basil develops the Orthodox view on medicine. If we were still living in Paradise, he explains, we would have no need of the farmer's labor and toil, but now we are obligated to work and to pursue different ways of earning our livelihood. The same holds for medicine. If we were still in the state of incorruption that marked our first creation, there would be no need for curing our bodies. After the Fall, we must ask for help from physicians, and we may do so because the herbs and minerals from which medicine is made have been given to us by God. So, if a person needs help in healing a disease, merely passive reliance on God's miraculous help is not acceptable, because Scripture says, "You shall not tempt the Lord your God" (Mat 4:7). This brought some honored elders to conclude that every human has a duty to go to physicians because otherwise they tempt the Lord (2). God has given us a treatment to alleviate our suffering in order to enable us, once again, to move closer to Him. We should avail ourselves of the gift God has offered us.

Such efforts of approaching God are necessary not only to heal the body but to develop our souls. Often, medical treatment takes time and involves hardships. In this way, we can be purified from passions and sins and can perfect the virtues. We need to learn how to love one another, to forgive one another's trespasses, and to pray to the Lord. In most cases, we know how far we are from perfection in these regards, and that we are not ready for Eternity. Pursuing medical help can provide us with another chance to learn about a real Christian life. St. Basil looks at medicine as a parallel for treating a soul: "We must take great care to employ this medical art, if it should be necessary, not as making it wholly accountable for our state of health or illness, but as redounding to the glory of God and as a parallel to the care given the soul" [Basil the Great St., 1999, p. 331].

He claims two things. First, as a Christian treats his body with diligence, avoiding what is harmful (e.g., spicy meals in case of an ulcer) and accepting the discipline of what is useful (e.g., medications prescribed by a physician), in like manner he should choose what is right and useful for his soul to be developed. Even if sometimes a chronic disease takes a long time to overcome, people are encouraged to be patient, waiting also for progress in their spiritual development. The image of care for the soul encourages patience in accepting medical care for the body. Second, the real healer of our bodies is not a physician, but God. He gives medicine the power to cure. He indeed uses doctors'

hands and actions to help people to recover. So, the One to Whom we have to offer thanks and to Whom we must direct our hearts and bodies is God, not our doctor.

Such fatherly advice is necessary because of an inherent risk. In some sense, diseases are unavoidable, but with Christ our death has become our gate toward life with God. All the saints yearned for death, because it would liberate them from their fallen body and allow them to be totally united with Christ. St. Paul said, "having a desire to depart and be with Christ, which is far better" (Phil. 1:23). If we set our mind on nothing beyond curing our body and staying alive in this world, we may deprive our eventual death from opening up our union with Christ. In such an ill-directed pursuit of medical help, the physician, not God Himself, will be regarded as our healer, our hope, and finally our aim.

Reminding us that an exaggerated care for the body may mislead people, St. Basil holds that some medical interventions should be avoided by Christians because they distract them from their eternal goal: "Whatever requires an undue amount of thought or trouble or involves a large expenditure of effort and causes our whole life to revolve, as it were, around solicitude for the flesh must be avoided by Christians" [Basil the Great St., 1999, p. 331]. In order to achieve the eternal goal of union with God, a man suffering from sickness as a result of his own improper life may and even should use medicine so that with cure of his body he treats and develops his soul: "Who have contracted illness by living improperly should make use of the healing of their body as a type and exemplar, so to speak, for the cure of their soul; since abstention from that which is hurtful according to the rules of the medical art, the observance of prescriptions, are of advantage to us also [in the spiritual life]" [St. Basil the Great 1999, p. 336]. The art of medicine is a gift given us by God in order to relieve our body afflicted by the Fall and, when used properly, to help our soul to be developed⁵.

What does the Orthodox perspective on medicine imply for medical treatment of infertility? What conclusions can we draw from the teaching of St. Basil the Great for the use of medical interventions designed to facilitate conception?

Infertility as a Disease. The International Glossary on Infertility and Fertility Care defines infertility as a disease characterized by the failure to establish a clinical pregnancy after 12 months of regular, unprotected sexual intercourse or due to an impairment of a person's capacity to reproduce either as an individual or with his/her partner [Zegers-Hochschild F. et al., 2017]. Fertility interventions may be initiated in less than one year based on medical, sexual, and reproductive history, age, physical findings, and diagnostic testing. Infertility is a disease, which generates disability as an impairment of function [Zegers-Hochschild F. et al., 2017].

Some conditions may hinder gametes from coming together: 45 % of such cases arise from women's diseases (e.g., tubal obstruction, polycystic ovarian syndrome, uterine myoma, etc.); 30 % are caused by men's diseases (e.g., prostatitis, infections, underdevelopment of testis, endocrine disorders); and approximately 25 % of infertility cases proceed from undiscovered reasons [Blundell R., 2007].

Variants of Infertility Treatment. Many medical procedures have been developed to cure the pathological causes of infertility so as to enable people to conceive naturally [Lindsay T.J., 2015]. In the case of men, obesity, alcohol abuse, and heavy smoking can affect semen quality and should be eliminated. In some cases of endocrinopathy, hormone-therapy is indicated. In the case of varico-

⁵ To be sure, the decision to reject medical help can result from a decision to deliver oneself into God's Providence. This, after all, is what we ask in Church praying: "Let us entrust ourselves and one another and our whole life unto Christ our God." Such whole self-delivery unto God's hands requires a spiritual maturity that enables us to go the way what God will show us. Such spiritual maturity may in extreme cases lead us to deliver ourselves into His hands completely, even if this means leaving behind our earthly life. Not everyone possesses such maturity. Here we can recall our Lord's words: "Whoever is able to grasp this, let him grasp it" (Mat 19:12). It is known that some people, particularly monks, reject all health care, entrusting themselves to God's Providence. We do not perceive that as a mandatory rule for everyone, but rather as the top of spiritual struggle.

cele, surgery has shown positive effects [Jungwirth A. et al., 2012]. Antioxidants have been shown to correlate with higher live-birth rate [Jungwirth A. et al., 2012]. For women, in cases of polycystic ovarian syndrome, obese women may lose weight and use medicine for ovulation induction (such as Clomiphene citrate and Metformin) [Vause T.D.R., Cheung A.P., 2010]. Ovulation may be stimulated in an anovulatory woman with gonadotropin. The next step might be laparoscopic ovarian drilling [Vause T.D.R., Cheung A.P., 2010]. The goal of these interventions is to eliminate the underlying causes of infertility and allow for natural conception.

When such methods fail, a couple might be offered IUI. This procedure is an ART that facilitates conception by bypassing the underlying cause of infertility. Often, however, all such methods of infertility treatment fail and IVF, the most effective and widely used ART, is recommended. IVF is a method of helping a sperm-cell (spermatozoid) and an egg (oocyte) to meet outside the body. These cells are derived from the man and the woman, and then they are combined in a Petri dish ("in vitro"). An embryo, once formed, is then transferred into the woman's uterus, where a pregnancy might occur.

A critical question for evaluating IVF from an Orthodox Christian perspective is this: Is IVF a method of medical healing so that St. Basil's teaching on medicine can in fact be applied? There is no agreement among Orthodox bioethicists in Russia on that issue for three reasons.

Is IVF a medical intervention in the narrow therapeutic sense? Some Russian bioethicists take IVF not as a treatment of infertility but as a means to overcome or bypass it. They conclude that IVF does not qualify as a therapeutic intervention to which Holy Scripture, "And keep in touch with your physician, for the Lord created him" (Sirach 38:12), applies. Indeed, IVF does not treat infertility as a disease because it does not cure or ameliorate the underlying source of the problem. It bypasses obstacles that hinder the fusion of a sperm cell and an oocyte. On the other hand, IVF might be considered to be therapeutic after all, since other widely accepted medical treatments also do not in fact target a disease but seek to overcome its causes or to alleviate its effects. We might think here of the implantation of cardiac pacemakers, the use of insulin injections for persons with diabetes, kidney transplantation and palliative care for people with life-limiting illnesses. Given these considerations, there are no good reasons to hold that IVF is less therapeutic than other interventions that are already recognized as such and that also do not resolve the underlying medical condition.

Does IVF affect human beings' reproductive calling? Sometimes, IVF has been accused of changing the way in which people are called by the Lord to pass on human life [Aksenov I., 2017, p. 417]. Some Russian bioethicists say that God's blessing in Paradise "to be fruitful and multiply" (Gen 1:28) implies that conception must occur only through intercourse. They rely on the Roman Catholic view that conception must express the interaction between two persons — husband and wife — in intercourse only [Sgreccia E. et al., 2002, p. 241]. If conception is not naturally achieved but is a result of technical means such as IVF, then a child formed might be created out of God's blessing and so might have his ontological status changed [Sgreccia E. et al., 2002, p. 417–418]. On this view, the human being formed after IVF might not have the "image of God" and thus might be deprived of his path to salvation. In addition, they compare IVF with cloning, holding these techniques to be unnatural and without the parent's interaction, rendering the human being formed after either IVF or cloning as not a real human. Thus, both these techniques have to be forbidden. Correlating IVF with cloning shows that many in Russian Orthodox society see IVF as an unnatural act, "disagreeable with the design of the Creator of life" [Basis, 2000, XII.4.2]. This argument can be contested. Although IVF is unnatural, in IVF conception itself occurs in the same way as it does with parents who conceive naturally, namely, through the fusion of oocyte and spermatozoid. In cloning, the formation of a new human is totally different. IVF and cloning are not equivalent.

Here, we can recall other modes of human appearance. Naturally, a human being can spring up not only in conception. A zygote formed can split into two or more parts early in development, giving

rise to monozygotic twins (or triplets and so on). The additional persons form not directly as a result of conception. Nevertheless, monozygotic twins are persons each bearing his own image of God, as recognized in patristic writings. St. Gregory of Nyssa (1892) and Pseudo-Basil (1992) discussed how the first people (Adam, Eve, and Abel) came into existence. They showed that Adam had no birth, Abel was born like every human being after the Fall, but Eve was split off from Adam. In particular, St. Gregory of Nyssa writes "the idea of humanity in Adam and Abel does not vary with the difference of their origin, neither the order nor the manner of their coming into existence making any difference in their nature" [Gregory of Nyssa St., 1892, p. 81]. IVF and natural conception are not different ways of human beings coming into existence since both involve gamete fusion.

Does IVF interfere with the mystery of the origin of new life? Many Russian Orthodox bioethicists worry about interfering in a mysterious process — the origin of a new life [Aksenov I., 2017, p. 417]. They refer to Scripture: "My bone You made in secret was not hidden from You" (Ps 138:15). Here, the mystery of human procreation is highlighted in a way that motivates their rejection of IVF. It would be better if the mysterious process of conception were not interfered with at all. According to St. Basil's words, fallen human beings need help. Surely, we should use only treatments that interfere with God's created order as little as possible. For example, IUI is preferable to IVF because in IUI a physician only inserts the husband's sperm into the wife's uterus and conception itself occurs in the fallopian tubes as it ordinarily would.

In some cases, however, IVF may be the only alternative that can lead to pregnancy. Women with severe tubal-peritoneal factor infertility may have a complete blockage of the fallopian tubes or the tubes may be completely absent. Sometimes male infertility results from low sperm count. In all such cases, IVF offers the only opportunity for pregnancy. In such cases, conception in vitro might be regarded as ethically permissible, provided that it does not disrupt marital intimacy. Pre-supposed, of course, is that egg and sperm come from the married couple exclusively (see below). In spite of being involved in the process of conception, the physician's role does not amount to a third party compromising the intimacy of marriage. He merely helps to bypass obstacles hindering the meeting and fusing of gametes. In IVF, a physician facilitates rather than disrupts the intimacy of husband and wife.

To sum up our answers to the three questions, we can regard ART as medical treatment, and therefore we can apply here St. Basil's advice on medicine. In principle, infertile couples may use not only surgical or medical interventions aimed at addressing the underlying causes of infertility, but also IVF. Through "healing of their body" in ART, spouses become parents. Outside a monastic life, nothing brings us closer to God than the pleasures and difficulties of raising children. Nothing so humiliates us as parenthood. In such a way, even those who benefit from IVF on their way to parenthood receive "a type and exemplar... for the cure of their soul" [Basil the Great St., 1999, p. 336]. Still, while IVF may be in principle permissible, it raises ethical concerns that are discussed in detail below. These include the possibility of embryo damage, third-party involvement in conception, and the fact that the development of IVF involved the killing of many embryos. Some variants of IVF can involve production of excess embryos, gamete donation, or gestational surrogacy, all of which distort spouses' path to God and His Realm. As noted below, some IVF protocols are more dangerous than others. Husbands and wives need to discern, with their spiritual father, which ethical concerns would hinder their union with God and are forbidden, and which of them fall short, but not far from it. Couples should use IVF only with their spiritual father's blessing.

The need to preserve our pious awe in view of the mystery of human procreation reminds us of the fact that it is better not to intervene into God's created process of the origin of a new human life. But the question immediately arises: better than what? Surely, pious awe is a virtue that should be nurtured. For a pastor of souls, however, love for suffering people is more important. Here, we

turn to the issue of pastoral responsibility for human souls. How should an Orthodox Christian priest respond to childless couples who come for his advice? Following Christian love for the couple that suffers from infertility, are there some cases when a pastoral dispensation allowing the use of IVF is required?

Infertility as Family Burden. Infertility presents a burden for many infertile families. To decide whether ART is permissible for an infertile couple in a given case, we have to distinguish among different types of infertility. The first one is caused by disease that leads to reproductive disability as the result of an impairment of functions needed for conception. In such cases, infertility can be regarded as a disease and be treated. The second type of infertility, social infertility, is very different. For example, consider a woman in her 50s who cannot become pregnant. She may be in her postmenopausal period; her ovaries having stopped functioning naturally. There is no medical problem in such a case, and ART would not be considered medical treatment of disease. Similar cases concern homosexual relationships as well as single persons. Here, childlessness is not pathologically caused but a consequence of social choices. It would be ethically impermissible to seek medical help to treat that which is not a medical problem.

Nevertheless, even in the case of pathological infertility, some Russian Orthodox bioethicists oppose the use of IVF because they look at childlessness as a Cross given to spouses by Our Lord Himself [Filimonov S., Toropkova Y.Y., 2017; Lyaush L.B., 2017, p. 438]. Invoking the “Basis of Social Concept of the Russian Orthodox Church,” they argue that if standard medical or surgical therapies to treat the underlying causes of infertility do not help, infertile couples should accept God’s Will and carry their Cross. They quote the guidance offered by Holy Elder Paisios the Athonite (2002, II.1) and of Archimandrite Ioann [Archimandrite John (Krestiyankin), 2007], both very famous and honored in Russia⁶. Yet, in parishes in Russia today, few of those whom priests care for are able and willing to accept the Cross of childlessness. In addition, even independently of childlessness, the institution of marriage is in deep crisis. Spouses can no longer endure sustained problems. Even Christians get divorced because of disagreements or temptations. Within this already compromised environment, infertility becomes even more difficult to bear. A priest charged with guiding such couples bears a higher responsibility. His task of helping people toward getting closer to Christ and save their family requires great discernment.

What should we do as pastors when we encounter couples who are unable to conceive a child for a long time and are not spiritually mature enough to accept that Cross? How far can we as pastors go with our demands, without driving weak believers into desperation, divorce, or turning away from the Church? Here, we have to weigh the importance of the pious awe with which we should regard procreation against our pastoral duties. A pastor faces people who were sent to him by Christ Himself. He will have to account for every soul entrusted to him on the Day of Judgement. He must direct them toward God, and this can be achieved only in the Church’s way in accordance with the Scripture’s words: “take heed to yourselves and to all the flock, among which the Holy Spirit has made you overseers, to shepherd the church of God which He purchased with His own blood” (Acts 20:28). Any soul that abandons the Church will be lost. Even pious awe can become wrong if it loses the soul of a brother.

⁶ Still, neither St. Paisios nor Archimandrite John declared IVF to be altogether unacceptable. They both taught that infertile couples ought to put their hope on God’s Will and His Providence, but not to reject medical help. St. Paisios said in one place that an infertile couple ready to adopt a child should not persist in their desire to give birth to their own child but instead adopt a child. This should be regarded as advice to a specific couple and not as an instruction for every childless family. Even while giving such advice, he did not suggest shunning medical help but merely encouraged an existing readiness to adopt. In another place, St. Paisios said that infertility is given so that a childless couple might offer their love to many other children. Unfortunately, in Russia, such words by St. Paisios are often used in support of opposition to all assisted reproductive technology.

Thus, if (1) a conservative medical treatment of a disease that led to infertility has failed or promises no hope; (2) the question of assisted reproduction technology has been posed; and (3) a husband and a wife do not feel able to carry their Cross of infertility during their whole life, then from pastoral dispensation, from oikonomia, they might be blessed to use ethically acceptable reproductive technologies. An additional word of caution is in order. Pastoral responsibility also imposes the need to keep infertile spouses from a much greater desperation. A pastor blessing them to use IVF should warn them that IVF often fails. Even if they start using it, they ought to be ready to cope with the risk that God might not bless them with a child and that all their attempts might fail. The danger is that, being weak in faith before using IVF, spouses might fall into great depression and separate from God entirely if IVF fails. This is why the pastor must prepare them to entrust themselves to God whole-heartedly and rely on His Providence regardless of using IVF. Here he can remind them of St. Paisios’ words, “Human wishes and God’s will aren’t the same” (2002, II.1). Such consideration might become especially necessary when not one but several attempts of conception with IVF have failed. In such a case, the pastor ought to support infertile couples with even greater care. When all technology fails, he must help the family to stop their efforts and look for God’s real Providence in this situation.

The use of IVF in response to secondary infertility is more complicated. On the one hand, such spouses have already had a child or children. Their inability to achieve an additional pregnancy should be comprehended as God’s Providence to stop reproduction. On the other hand, banning IVF in every case of secondary infertility does not seem to be the right solution. There may be some cases where IVF might be permitted, even for second and subsequent children, such as in the case of spouses who have had children in previous marriages and have no common one. Or, in the case of complete tubal obstruction, IVF is the only way to get pregnant. Just as such a couple had to conceive their first child with IVF, so too may a priest bless their use of IVF to have more children. When secondary infertility is something new for the couple, however, having had a child previously without IVF, it should be regarded as God’s Providence to stop reproduction. In such cases, IVF might not be permitted to achieve additional pregnancies. Secondary infertility should be discussed with the priest to try to discern what dangers are waiting for spouses in their spiritual way.

Working with couples seeking pregnancy is demanding. It should not be undertaken by a careless priest. The best solution would be to resort to a spiritually experienced elder who can discern God’s Providence in concrete situations. Unfortunately, we have very few spiritually experienced priests and far fewer real elders. In order to solve their problem, infertile spouses can and even ought to appeal to their spiritual father or, if he is unreachable, to a priest they can rely on and who prays for them. Regular spiritual and personal communication with the priest will help infertile families to overcome every difficulty concerned with the use of IVF and keep their hearts directed toward God and His Kingdom in the Church.

Having thus secured a general orientation in view of infertility, medicine, and IVF for Christians, we must now turn to the more particular ethical problems involved in some kinds of IVF.

A more detailed account of ethical problems involved in different kinds of IVF

IVF as Infertility Treatment. IVF generally is seen as the most successful treatment for infertility. As mentioned already, many Russian Orthodox regard it with suspicion because of the ethical problems it presents. IVF comprises many different techniques and can be used in different ways by different people. Some of these techniques and uses present more serious ethical problems than others. This section distinguishes the techniques and uses that may be permissible with pastoral dispensation from those that must be avoided completely from an Orthodox perspective.

A List of Ethical Problems With IVF. Objections to IVF from an Orthodox perspective can be grouped into six categories. Those problems are described here, and they are examined critically in the next section to evaluate the permissibility of IVF.

First, IVF was developed through a great number of experiments with embryos. To get a clear picture of the number of experiments needed, we can recall that the first child, Louise Brown, was conceived by IVF and born after almost 10 years of embryo experimentation. Thus, many embryos died in the process of developing IVF⁷.

Orthodox anthropology recognizes any human being to be a person from the moment of conception, that is, from the fusing of a spermatozoa and an oocyte. Embryos are persons. Although they do not yet have hands, legs, a heart, or a brain, they carry the image of God. The image of God cannot be reduced either to any human feature or any human capacity. A person as an image of God transcends nature; he is placed above nature, even while yet unable to fully use all human capacities. This is why experiments that destroy embryos constitute murder. The good results of IVF today were achieved through murder. Does that make the procedure itself unacceptable? Second, today, IVF almost always involves the use of hormones to stimulate superovulation, allowing a woman to develop many oocytes in a single cycle. There are two reasons for the practice of deriving many more eggs than necessary. The first regards the woman, who should not unnecessarily be burdened by repeated oocyte retrieval procedures, which are both expensive and risky. The second reason is to increase the chance of achieving a pregnancy. The total probability of pregnancy in several attempts of embryo transfer, called the cumulative pregnancy rate, is always higher than the rate per single transfer. Thus, there is a desire to have numerous embryos available to transfer over time to increase the likelihood of achieving one pregnancy. Usually all of the oocytes retrieved after superovulation are fertilized so that a great number of embryos are formed. Most of these embryos will be frozen or even discarded. Typically, only one or two of them are likely to result in a pregnancy and eventually to be born [SOGC-CFAS, 2008].

Regardless of recent increased success with cryopreservation techniques, freezing remains deeply troubling. As a randomized-controlled trial showed, the postwarming embryo survival rate is only 89 % [Fasano G. et al., 2014]. The best result of survival after the freezing procedure, approaching 95 %, is reported in another trial [Cobo A. et al., 2012]. Even a mere 5 % loss of embryos implicates cryopreservation in a sort of homicide. Freezing seems to be wrong even when no embryos die in any given case, because the procedure itself influences embryos and undermines their quality [Fasano G. et al., 2014]. Embryo quality affects the likelihood of implantation and so the likelihood of an embryo's survival [Gallardo F. et al., 2016]. Freezing unnecessarily threatens embryos with injuries, so it is morally wrong to use this procedure, even if no embryo will die after it is thawed. The risk of harm or death to which freezing exposes embryos is unacceptable.

Someone defending cryopreservation, on the other hand, might argue that the nonsurviving embryos might die not because of having been frozen, but because of defects that are incompatible with life. Such deficient embryos would fail to develop even if successfully transferred into a uterus. A conscious human intervention differs from a natural process. Moreover, in selecting prospective embryos for transfer based on which ones are thought to be of the best quality, physicians practice

⁷ The problem of fertilizing human eggs in vitro was solved in 1969 by Edwards, Bavister, and Steptoe [Edwards R.G. et al., 1969a; Johnson M.H., 2011]. They then published a paper with evidence of the fertilization of 18 human eggs. Then their next article reported that about 34 inseminated oocytes matured in vitro (15). Then Edwards and Steptoe wrote that "many more eggs" were fertilized [Edwards R.G., Steptoe P.C., 1980]. After the first IVF childbirth, Edwards and Steptoe wrote "Twelve women whose ovaries had to be removed [presumably laparoscopically] for serious medical conditions provided us with the necessary eggs over the next few months. We fertilized many more eggs and were able to make detailed examinations of the successive stages of fertilization" [Edwards R.G., Steptoe P.C., p. 82–83].

a kind of eugenics, that is, they attribute value to the life of some embryos over and against others. This is especially true when such selection is informed by characteristics of the embryo, as is done in pre-implantation genetic diagnosis. Such selection is unethical.

Freezing raises one more ethical concern: the increasing number of embryos stored in cryobanks. We could hope that stored embryos would be used during subsequent IVF cycles and that parents would decide to have additional children. However, studies show that 70 % of parents with frozen embryos postpone making decisions about their fate for 5 years or more [McMahon C.A. et al., 2003], only 54 % are ready to use them for the next pregnancy [Lyerly A.D. et al., 2010], and only about 4 % of all frozen embryos undergo further thawing [Camus M., 2004, p. 24–26]. As a result, the number of frozen embryos is constantly increasing. The total number of frozen embryos is difficult to estimate. According to available data, in the United States alone in 2002 about 400,000 frozen embryos were stored [Hoffman D.I. et al., 2003]. By 2018, the United States estimate was 1 million [Gleicher N., Caplan A.L., 2018, p. 139–141]. What should be done with frozen embryos? How long can they be kept? What should we do if parents stop paying for the storage of embryos, or if they simply disappear?

Third, IVF involves a third party in the process of conception. Orthodox Christians know from Scripture that the purity of the marriage bed (Heb. 13:4) must not be defiled. What does "marriage bed" imply? It refers to every aspect of the way in which the marital companionship is expressed corporally: intercourse, acceptance of the semen by the wife, and the bearing of a child by the wife. The sexual encounter is thus not the only relevant component of "marriage bed". Spouses, once they are united by the marriage rite, might abstain from such encounters entirely, yet still form a family, mysteriously combined in one flesh. IVF is taken to risk defiling the marriage bed because it disrupts the intimacy and unified wholeness of conception.

Third-party involvement in IVF can occur on several levels: the involvement of a physician in medical procedures, gamete donation, and surrogacy. Should every such involvement be regarded as a grave distortion of marriage and its role for the spouses' path to salvation? The proper Orthodox perspective offered in the next section will address the differences among these potential third-party involvements.

Fourth, the method of obtaining semen for use in IVF raises ethical concerns. Usually, semen is obtained through masturbation. The Orthodox Church recognizes this as a sin. That is why some bishops of the Russian Orthodox Church consider IVF to be inherently wrong, even outside of excess production and destruction of excess embryos.

Fifth, IVF allows for reproduction outside of a union of husband and wife, such as by a homosexual couple or single persons. Before IVF, single persons and homosexual couples were limited to adoption. Now, IVF allows homosexual couples to have some semblance of natural reproduction. Lesbian couples can have normal pregnancy with the use of a sperm donor, although the child will be the genetic child of only one of the women. Gay men can use a gestational surrogate and an egg donor to create "their own" baby, though again the child will be genetically related to only one of them. Single women may use donor sperm to become pregnant, and single men may use an egg donor and surrogate to have a child. The possibility of reproduction outside of the union of a married man and woman disrupts the traditional understanding of the family. In this way, IVF can weaken the traditional family model within society.

Sixth, IVF may negatively affect the health of the mother or children conceived by IVF. For women, the main complication of IVF is ovarian hyperstimulation syndrome (OHSS). This is an iatrogenic complication of the controlled ovarian stimulation required for retrieving additional oocytes. Although OHSS may occasionally happen spontaneously [Di Carlo C. et al., 2012], the great majority of cases of OHSS likely are due to controlled ovarian stimulation [Nastri C.O. et al., 2015]. It is reported that "the moderate and severe forms may occur in 3 % to 10 % of all ART cycles, and the incidence may reach

20 % among high-risk women undergoing ART” [Nastri C.O. et al., 2015].

The next no less important but remote complication is a risk of different types of cancer connected with hormone stimulation. At first, it was suggested that the use of drugs for ovarian stimulation might increase women’s risk of cancer [Whittmore A.S. et al., 1992; Rossing M.A. et al., 1994]. Further extensive surveys offered no clear evidence in this regard. For example, extensive Israeli research found “no significant relationships of IVF exposures to the risks of breast, endometrial or ovarian cancers” [Brinton L.A. et al., 2013]. Still, a whole-population cohort study of women seeking infertility treatment in Western Australia between 1982 and 2002 showed that women “undergoing IVF treatment are at increased risk of being diagnosed with borderline ovarian tumors” [Stewart L.M. et al., 2013, p. 372–376]. Another recent trial revealed no statistically significant relationship between infertility and ovulation induction drugs with the risk of breast cancer but noted “significant increases in the risk of breast cancer among patients who had used fertility drugs for > 6 months” [Taherippanah R. et al., 2018].

Some studies have found that children conceived through IVF may be more vulnerable to inherited diseases. For example, in 2012, a meta-analysis of 46 surveys assessed birth defects in 124,468 children who had been conceived by IVF or ICSI. The pooled risk of birth defects in assisted reproduction conceptions increased 1.39 times in comparison with spontaneously conceived children. The highest increase of birth defects concerned the nervous system, which occurred twice as frequently as among naturally conceived children [Wen J. et al., 2012]. May we use medical interventions that could undermine someone’s health, especially the health of a future child?

The ethical problems identified are important and serious. They can distract spouses from their path toward the Divine grace, hindering their communication with God. Nevertheless, are such arguments sufficient to render IVF illegitimate for an Orthodox in all cases?

A Properly Orthodox Answer to the Ethical Issues Raised by IVF

The objections raised above to IVF are examined here to assess whether they render IVF always impermissible from an Orthodox perspective or whether, as I argue, some careful uses of IVF are permissible.

Historical argument. In response to the historical argument against IVF, that is, that the development of the method involved many embryo deaths, notice that IVF does not use any parts of previously killed embryos nor does IVF necessarily involve killing embryos. It is not altogether illicit to use for a good purpose something even if that something was developed by illicit means. If someone develops a medical technique by improper means, this does not necessarily make it illegitimate for another to use that same technique in a proper way. However, we must be careful with this. As H. Tristram Engelhardt, Jr. argued: “There is no bar in principle against using for a good end something that has been acquired by heinous means, as long as one has not been involved in (1) employing these evil means, (2) encouraging their use, (3) avoiding their condemnation, or (4) giving scandal through their use. One can drink water from a well that was dug by unjustly forced labor. However, one must be very careful neither to endorse nor to encourage any illicit circumstances or means. Great spiritual discernment will be needed, and any use of such materials must at the very least be approached penitentially as a concession to human weakness. After all, the postponement of death and the pursuit of health should never become all-consuming obsessions” [Engelhardt H.T., 2000, p. 261–262].

Killing embryos. No doubt, any killing of embryos during the application of IVF today remains a problem. Such killing may result from:

I. Superovulation and the fertilization of more oocytes than will be transferred for gestation in a cycle. The excess embryos are discarded (homicide) or frozen. Those that are frozen may be left in storage indefinitely or die during re-warming, risking homicide.

II. Unintentional exposure to death during or after transfer.

III. Reduction (i.e., murder by abortion) of “redundant” transferred and implanted embryos.

Let us go through each of these cases.

Superovulation and the production of excess embryos. Superovulation should be avoided in order to avoid the temptation to create surplus embryos. Wherever it is unavoidable, for example, a woman having problems with oocyte maturation, only as many eggs should be fertilized as will be transferred⁸, and all the other eggs can be frozen. The freezing of nonfertilized oocytes is ethically very different from freezing fertilized oocytes (embryos). Since the pregnancy rate of one cycle of IVF is quite low, additional attempts of IVF might be necessary. Repeated hormone stimulation for oocyte retrieval is risky for women’s health. Obtaining many oocytes in one cycle of IVF can help avoid such risks. In such cases, only one or two eggs should be fertilized, so that all embryos can be transferred. The other oocytes can be frozen and used for future IVF attempts. There are some trials showing the same pregnancy rate for cryopreserved oocytes and fresh ones (although they studied ova of healthy donors, so the real results of frozen oocytes of women with infertility can be different) [Cobo A. et al., 2011; Cobo A., Diaz C., 2011].

When excess embryos are created, some may be discarded (and thus killed) because they are considered to be of poor quality. Others might be frozen. They may deteriorate, that is, be damaged by freezing. Even though cryopreservation of embryos is in general ethically wrong, some situations can arise that justify the procedure. There are rare cases in which embryos already have been created and, due to an unforeseeable emergency, they cannot be transferred as scheduled. An inflammation of the endometrium (the inner layer of a uterus where implantation has to occur) is an example. The inflammation would bar implantation and an embryo already formed would be threatened with death. In such very limited cases, after fertilization, the embryo transfer should be postponed. In order to save the embryo, it should be cryopreserved, but this exception should never be seen as justifying the creation of more embryos than one will transfer in a given cycle.

Embryo transfer. When an embryo is formed, it needs to be transferred into the uterus for implantation. During that process, embryo loss can occur. Some commentators regard such risk of death during implantation as sufficient for establishing the illegitimacy of all IVF. After transfer, only about 40 % of the embryos survive and result in pregnancy. Since already a 95 % success rate in freezing embryos was not considered sufficient to repudiate its illegitimacy (as pointed out above), how could one consider the much lower success rate of IVF in fresh cycles as a basis for accepting the procedure? The death of embryos after their transfer into the uterus differs significantly from the loss of embryos during freezing or thawing. First of all, the act of transferring them places embryos in their natural environment where they have the possibility of continuing to develop, whereas freezing puts them into a freezer where they may be damaged, left indefinitely, or destroyed later. Second, after transfer, natural processes kick in. These processes may lead either to a pregnancy or else to the death of the embryo. Here, death occurs naturally, often because an embryo’s genotype is unable to express features needed to continue its life. Nagaoka and colleagues [Nagaoka S. et al., 2012] studied the mechanisms of human aneuploidy — the presence of abnormal numbers of chromosomes⁹. He showed that the rate of different types of aneuploidy decreases over time of pregnancy. More complex genetic defects result in embryo deaths earlier in development. This explains the high level of pregnancy loss during both the implantation period and the first weeks of gestation for naturally conceived embryos. Although such deaths occur naturally and a pregnant woman is not responsible

⁸ IVF without superovulation is called (1) IVF in natural cycle or (2) IVF in a modified natural cycle (the differences between them depend on using additional drugs for getting eggs). If a woman produces too few eggs to be matured, superovulation may be acceptable, but one should try to use less drugs so as to stimulate the production of just the right number of eggs. The last case is called (3) IVF with minimal stimulation.

⁹ An extra or missing chromosome is a common cause of genetic disorders of human beings.

for causing her child's death, the Orthodox Church has long held that even involuntary involvement or proximity to the death of another can harm the soul and requires repentance [Engelhardt H.T., 2000, p. 275–283].

Although fresh embryos transferred into a uterus may die, the purpose of the transfer is to allow them to continue to grow, not to kill them. The natural selective processes are independent of the medical intervention. Cryopreservation, on the other hand, risks harming embryos. Or, to put it another way, transferring embryos puts them where they belong, whereas freezing them puts them where they do not belong. Thus, freezing might lead to a homicide and so should be avoided, but transfer of embryos to the womb, even though some might not survive, does not risk a homicide.

Reduction (abortion). Reduction is a medical procedure offered to a pregnant woman to reduce the number of embryos in her womb through abortion. For example, a woman pregnant with triplets might reduce the pregnancy to twins or to a singleton, and a woman pregnant with twins might reduce to a singleton. Reduction sometimes is applied in order to increase opportunities for the child left alive to develop and be born without complications. In other cases, a couple does not want to have all the children being carried in the womb and aborts one or more of them. Reduction is abortion, which is murder, and is therefore unacceptable.

Third-party involvement. The argument against IVF from third-party involvement concerns three aspects as mentioned above: gamete donation, surrogacy, and medical help.

Gamete donation. Gamete donation presents an essential disruption of the intimacy of marriage. When spouses join in one flesh, the crucial moment of their unification, the best expression of their becoming one flesh, is their child. Here, both spouses' genes, delivered by their gametes, are combined and form one flesh from two. Gamete donation connects the wife with a man other than her husband, or the husband with a woman other than his wife. Even if this happens only on the cellular level, such fleshly uniting with another man or woman constitutes a subtle form of reproductive adultery. It is invisible but real in view of the spiritual dimension of human beings' bodily existence. Gamete donation should therefore be regarded as adultery and is impermissible in every case. Any acceptable IVF must be homological.

To be regarded as homological in the Orthodox sense, only the gametes of a man and woman who are married and joined in one flesh through a marriage blessed by God may be used. Such homology requires both marriage and an ongoing married companionship.

It is wrong to say that IVF is homological if a man and a woman got divorced or cannot have intercourse because the husband is in a coma. Equally excluded are cases in which a husband has passed away, but his semen had been obtained previously and frozen or is obtained after his death. Here, IVF must be forbidden as well. To be the expression of the spouses' marriage relationship, IVF may be conducted only when spouses share the marital bed and can have intercourse with each other.

Surrogacy. Surrogacy breaks the wholeness of the marriage union by involving another person — the surrogate mother — to bear the fruit of marriage, a child. Thus, surrogacy should be avoided in all cases of IVF treatment of infertility, even if a wife is incapable of bearing her child because her womb is absent or rudimentary.

Medical help. During IVF, a physician manages the process of conception. This act does not involve any third-party intervention in the marital bed itself. The physician, after all, does not interfere in the process of joining two spouses into one flesh itself. On the contrary, he facilitates such joining by helping both spouses' gametes to unite. He only helps to bypass obstacles hindering such unification. If applied properly, his intervention occurs on the basis of a continued marital intimacy and the ability of both spouses to produce gametes¹⁰.

¹⁰ If a wife, for example, is in her postmenopausal period in her fifties and her ovaries cannot mature eggs, the doctor's attempt to do IVF should be regarded as ethically wrong.

To sum up, conception in vitro can be regarded as acceptable if it preserves marital intimacy and proceeds in the context of the spouses' ongoing companionship.

Semen derivation. The problem of semen derivation (i.e., the sin of masturbation) can be avoided if semen is obtained during the marital encounter, using a condom that is nontoxic for the spermatozoon. Yet, admittedly, this might not work well in practice. Semen derived with a condom may be infected by bacteria and so lead to the later embryo's death. Only masturbation might guarantee semen that is free of infection. Is there a way to defend such a method?

One might argue that the intention one has in masturbation makes the needed difference: satisfying one's lust cannot be compared with an act that primarily pursues a medical necessity, such as the treatment of infertility. In the latter case, although masturbation remains sinful and should be mourned in confession, it has a quite different goal and can somehow be excused.

Reproduction outside of marriage and compromising the traditional family. IVF may be misused for reproduction outside of the marriage of a man and a woman. The fact that the technology may be misused by some people does not mean that it is wrong for husbands and wives to use it appropriately. Many medical interventions are subject to misuse and that does not render them universally impermissible. For example, surgery can be used not to treat appendicitis but for so-called gender reassignment. Such abuse of surgery does not make all surgical interventions illegitimate. Here, we should remember that St. Basil welcomes medicine as a good, even though some use it improperly: "Nor because some sinners do not make good use of the art of medicine, should we repudiate all the advantages to be derived from it" [Basil the Great St., 1999, Q55]. Adverse consequences for the traditional family model can be avoided if the method is made available only to properly married husbands and wives. Thus, from an Orthodox perspective, IVF may only be blessed when it is used to help a married man and woman conceive.

Influence on the infant's health. Some surveys show that the increased rate of birth defects in IVF is connected not so much with the method itself, but to a much greater extent with diseases of parents that contributed to their infertility in the first place, as well as with drugs used for treating such diseases [Lambert R.D., 2003]. An additional reason for higher complications is that pregnancies that result from IVF are more likely to involve multiple babies, which raises the risk of complications [Heino A. et al., 2016]. One study compared birth defects in (1) artificial insemination (AI) + ovarian stimulation (OS), (2) IVF + OS, and (3) the control population of natural conception [Nuojua-Huttunen S. et al., 1999]. The rates of birth defects showed no difference between the two groups using OS, but they were higher than in the control group. The researchers concluded that the factor causing increased risks is either infertility itself or the drugs used in the course of OS. Another study looked at birth defects in children conceived with IVF and in children conceived spontaneously after use of OS. There were no differences in the rates of birth defects. This study also suggests that infertility itself or OS increases the rate of birth defects [Draper E.S. et al., 1999]. Even though the evidence that reproductive technologies adversely affect the health of children is not as clear as opponents of the procedure like to believe¹¹, such problems do occur. As noted above¹², the prevalence of birth defects increases in cases of IVF. However, such risks are not sufficient to render the procedure absolutely illegitimate. Parents should be informed of the possibility of increased risks to future children. They must evaluate that risk against the hoped-for benefits. Only after such evaluation should they decide whether or not to use IVF. Parents asking for a blessing to use IVF must be sure that they are able to accept a baby with serious health problems. From the Orthodox perspective, they may reject God's

¹¹ In Russia, very conservative Orthodox like to refer to different claims of a very qualified doctor or a higher-up in health care but with no support from evidence of well-organized medical research. An example of one of these claims may be like "75 % of IVF children have an illness so IVF should be forbidden."

¹² Ref.: *Wen J. et al.*, 2012.

providence in view of their childlessness, thus betraying their spiritual weakness. But, in opting for IVF they are obliged not to allow such weakness to render them unresponsive to God's providence if they are blessed with a child with a disability. They must recognize that it is God Himself Who determines the path for their salvation. Could they accept such a new Cross — bringing up a child if it is born with, for example, Down syndrome? A child with a disability is a person who bears the same image of God as we have in ourselves. The fact of having been brought into life, even as a sick child, is always better for him than never having existed at all. Here, the nonidentity argument is helpful: Nobody should argue that one's child should rather be born through another method so that he would be healthy, because the child born through another method would have another chromosome set and would be a different child. The choice is not between the same child being born with or without a disability but rather different persons coming into existence. If parents asking for a blessing to use IVF cannot reconcile themselves to such insights, they should not opt for IVF. Putting their hope in God's mercy can help them in making their decision. In answer to their prayers, God may even give them a healthy child.

Influence on the mother's health. Some critics of IVF, with whom this author has come into personal contact, tend to present the risk to mothers' health in much more dire terms than is justified. As pointed out above, there is no significant evidence that IVF greatly increases the risk of breast, endometrial, or ovarian cancers in women. Still, ovarian stimulation commonly used in IVF may lead to OHSS and even to a potential mother's death [Nastri C.O. et al., 2015]. A medical examination undertaken before IVF can warn women of these risks and can give physicians the information necessary to choose the appropriate protocol to minimize such risks. For example, the safest approaches to prevent severe OHSS are reported to be the replacement of human chorionic gonadotropin by gonadotropin-releasing hormone agonists in antagonist cycles and the performance of in vitro maturation of oocytes retrieved [Nastri C.O. et al., 2010]. The risk of complications after each IVF treatment cycle was low, but in sum the repeated attempts led to hospital care for many women [Klemetti R. et al., 2005].

Serious complications for women's health occur quite rarely, and even when they happen, there is no firm evidence that most of them result from IVF¹³. Such risks should therefore not be invoked to ground any conclusive objection to all cases of IVF. Still, the question of the influence of IVF on women's health remains. Before starting an IVF protocol, a woman must consider whether she is ready to possibly sacrifice her own health for her future baby. If not, she should not opt for IVF.

Childlessness might be one of the God-given Crosses that are offered us to help us toward attaining holiness. As Christians, we are called to bear such Crosses in order to become followers after Christ (Mat 10:38). If we start choosing which Cross would be more comfortable for us, we might reject God's Providence for us and thus miss our most direct way toward God and His Kingdom. God helps us in this direction and blesses the means we use to facilitate our movement. In the case of childlessness, the best way He offers is the adoption of a child already born, but not every family can accept another child in their home, nor is it always possible to adopt children. In such cases, ARTs are an option. Having in mind that childlessness is one of the toughest plights people may endure, it can be understood why God allowed ARTs to be developed. This does not mean that every ART is blessed by Him. Among the many medical ways of supporting reproduction, we must determine which of those ways will hinder our movement to the Lord completely and always are forbidden, and which of those merely fall short of the mark, but not very far, and may therefore be permissible in some circumstances of pastoral emergency.

¹³ As mentioned above, researchers think that the great majority of cases of OHSS are due to controlled ovarian stimulation but not IVF itself [Nastri C.O. et al., 2015].

We should use only those ARTs that interfere with God's created order as little as possible. It would be better if all couples could use IUI only, where conception occurs in the place created for the purpose. Some diseases, however, may require the use of IVF. This procedure has multiple variants that are very different in their spiritual influence on a person. Here are the lines that must not be crossed in using IVF from an Orthodox Christian perspective:

I. Spouses planning to use IVF must not form embryos exceeding the number that can and will be transferred in the same cycle. In other words, freezing, discarding, or reduction of embryos is forbidden. (Freezing is permissible only in very rare emergency cases as described above.)

II. Infertile couples may use only their own reproductive cells. The use of donor gametes is unacceptable.

III. Any embryo formed ought to be transferred into the wife's womb and not into a surrogate's one. The use of gestational carriers is impermissible.

IV. IVF may be blessed only for the husband and wife who are able to maintain their marital union and where the wife is still of childbearing age.

IV. Finterferes with the intimate process of spouses. It should not be used without careful thought and prayerful guidance. Every case of infertility should be considered with the spiritual father who knows the family well and may help them to discern possible spiritual harms associated with various choices. The most important task of the priest, who blesses the couple for IVF, is to help them to realize their dependence on God and the necessity to trust Him completely even when using IVF. He should help them to define when they will stop attempting to conceive and to imagine what they will do if they are given a blessing to pursue IVF and it fails. Couples using ART without spiritual guidance are in danger of stubbornness against God's Will. Therefore, priests and people must be very careful in making decisions about the use of IVF or any ART.

REFERENCES

- Aksenov I.* Progress and human dignity: Ethical issues of contemporary assisted reproductive technologies // In: The Patriarchal Commission on Family Affairs, Protection of Motherhood, and Childhood: Orthodoxy and the Problems of Bioethics, 2017. — <http://www.patriarchia.ru/db/text/4801677.html> (февраль, 2021).
- Archmandrite John (Krestiyankin).* Letters of Archimandrite John. Orthodox Library. 2007. — <http://www.pravoslavie.ru/put/biblio/pisma/pisma19.htm> (февраль, 2021).
- Basil the Great St.* The long rules // In: The Fathers of the Church Patristic Series. Vol. 9 / Trans. by M.M. Wagner. — Washington: The Catholic University of America Press, 1999.
- Blundell R.* Causes of infertility // International Journal of Molecular Medicine and Advance Sciences. — 2007. — Vol. 3(1). — P. 63–65.
- Book of Needs of Holy Orthodox Church with an Appendix Containing Offices for the Laying on of the Hands / Trans. by G.V. Shann.* — London: David Nutt, 1894.
- Brinton L.A., Trabert B., Shalev V. et al.* In vitro fertilization and risk of breast and gynecologic cancers: A retrospective cohort study within the Israeli Maccabi healthcare services // Fertility and Sterility. — 2013. — Vol. 99(5). — P. 1189–1196.
- Camus M.* Human embryo cryopreservation: A review of clinical issues related to the success rate // In: Proceedings of ESHRE Campus Symposium: Cryobiology and

- Cryopreservation of Human Gametes and Embryos, 24–6. — Brussels: ESHRE Campus, 2004.
- Cobo A., de los Santos M.J., Castello D. et al. Outcomes of vitrified early cleavage-stage and blastocyst-stage embryos in a cryopreservation program: Evaluation of 3,150 warming cycles // *Fertility and Sterility*. — 2012. — Vol. 98(5). — P. 1138–1146.
- Cobo A., Diaz C. Clinical application of oocyte vitrification: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials // *Fertility and Sterility*. — 2011. — Vol. 96(2). — P. 277–285.
- Cobo A., Meseguer M., Remohi J., Pellicer A. Use of cryo-banked oocytes in an ovum donation programme: A prospective, randomized, controlled, clinical trial // *Human Reproduction*. — 2010. — Vol. 25(9). — P. 2239–2246.
- Di Carlo C., Savoia F., Ferrara C. et al. Case report: A most peculiar family with spontaneous, recurrent ovarian hyperstimulation syndrome // *Gynecological Endocrinology*. — 2012. — Vol. 28(8). — P. 649–651.
- Draper E.S., Kurinczuk J.J., Abrams K.R., Clarke M. Assessment of separate contributions to perinatal mortality of infertility history and treatment: a case-control analysis // *Lancet*. — 1999. — Vol. 353(9166). — P. 1746–1749.
- Edwards R.G., Bavister B.D., Steptoe P.C. Did fertilization occur? // *Nature*. — 1969. — Vol. 221(1). — P. 981–982.
- Edwards R.G., Bavister B.D., Steptoe P.C. Early stages of fertilization in vitro of human oocytes matured in vitro // *Nature*. — 1969. — Vol. 221(1). — P. 632–635.
- Edwards R.G., Steptoe P.C. *A Matter of Life: The Story of a Medical Breakthrough*. — London: Hutchinson, 1980.
- Elder Paisios the Athonite. *Family Life*. — Suroti: Sacred Hesychastirion of St. John the Evangelist, 2002.
- Engelhardt H.T. *The Foundations of Christian Bioethics*. — Lisse: Swets & Zeitlinger, 2000.
- Fasano G., Fontenelle N., Vannin A.S. et al. A randomized controlled trial comparing two vitrification methods versus slow-freezing for cryopreservation of human cleavage stage embryos // *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*. — 2014. — Vol. 31(2). — P. 241–247.
- Filimonov S., Toropkova Y.Y. Infertility (medical and spiritual reasons, the overcoming of them). Panteleimon Leaf. 2017. — <http://docplayer.ru/58308428-Protoierey-sergiy-filimonov-vrach-yu-yu-toropkova-besplodie-medicinskie-i-duhovnye-prichiny-ih-preodolenie.html> (февраль, 2021).
- Gallardo F., Spiessens C., D'Hooghe T., Debrock S. Effect of embryo morphology and morphometrics on implantation of vitrified day 3 embryos after warming: A retrospective cohort study // *Reproductive Biology and Endocrinology*. — 2016. — Vol. 14(1). — P. 40.
- Gleicher N., Caplan A.L. An alternative proposal to the destruction of abandoned human embryos // *Nature Biotechnology*. — 2018. — Vol. 36(2). — P. 139–141.
- Gregory of Nazianzus St. In praise of virginity // In: *On God and Man. The Theological Poetry of St Gregory of Nazianzus* / Trans. by de P. Gilbert. — Crestwood: St Vladimir's Seminary Press, 2001. — P. 88–118/
- Gregory of Nyssa St. Against Eunomius // In: *A Select Library of the Nicene and Post-Nicene Fathers of the Christian Church*. Vol. 5 / Ed. by P. Schaff, H. Wace. — Grand Rapids: Eerdmans Publishing Company, 1892. — P. 33–248.
- Heino A., Gissler M., Hindori-Mohangoo A.D. et al. Variations in multiple birth rates and impact on perinatal outcomes in Europe // *PLoS One*. — 2016. — Vol. 11(3). — P. e0149252.
- Hoffman D.J., Zellman G.L., Fair C.C. et al. Cryopreserved embryos in the United States and their availability for research // *Fertility and Sterility*. — 2003. — Vol. 79(5). — P. 1063–1069.
- Johnson M.H. Robert Edwards: The path to IVF // *Reproductive Biomedicine Online*. — 2011. — Vol. 23(2). — P. 245–262.
- Jungwirth A., Giwercman A., Tournaye H. et al. European Association of Urology guidelines on male infertility: The 2012 update // *European Urology*. — 2012. — Vol. 62(2). — P. 324–332.
- Klemetti R., Sevon T., Gissler M., Hemminki E. Complications of IVF and ovulation induction // *Human Reproduction*. — 2005. — Vol. 20(12). — P. 3293–3300.
- Kondo I., Suganuma N., Ando T. et al. Clinical factors for successful cryopreserved-thawed embryo transfer // *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*. — 1996. — Vol. 13(3). — P. 201–206.
- Lambert R.D. Safety issues in assisted reproductive technology: Aetiology of health problems in singleton ART babies // *Human Reproduction*. — 2003. — Vol. 18(10). — P. 1987–1991.
- Lindsay T.J., Vitrikas K.R. Evaluation and treatment of infertility // *American Family Physician*. — 2015. — Vol. 91(5). — P. 308–314.
- Lyaush L.B. Ethical aspects of contemporary assisted reproductive technologies // In: *The Patriarchal Commission on Family Affairs, Protection of Motherhood, and Childhood: Orthodoxy and the Problems of Bioethics*. 2017. — <http://www.patriarchia.ru/db/text/4801677.html>. — P. 438–439 (февраль, 2021).
- Lyerly A.D., Steinhauser K., Voils C. et al. Fertility patients' views about frozen embryo disposition: Results of a multi-institutional U.S. survey // *Fertility and Sterility*. — 2010. — Vol. 93(2). — P. 499–502.
- Mascarenhas M.N., Flaxman S.R., Boerma T., Vanderpoel S., Stevens G.A. National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: A systematic analysis of 277 health surveys // *PLoS Medicine*. — 2012. — Vol. 9(12). — P. e1001356.
- McMahon C.A., Gibson F., Leslie G., Cohen J., Tennant C. Parents of 5-year-old in vitro fertilization children: Psychological adjustment, parenting stress and the influence of subsequent in vitro fertilization treatment // *Journal of Family Psychology*. — 2003. — Vol. 17(3). — P. 361–369.
- Nagaoka S., Hassold T.J., Hunt P. Human aneuploidy: Mechanisms and new insights into an age-old problem // *Nature Reviews Genetics*. — 2012. — Vol. 13(7). — P. 493–504.
- Nastri C.O., Ferriani R.A., Rocha I.A., Martins W.P. Ovarian hyperstimulation syndrome: Pathophysiology and prevention // *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*. — 2010. — Vol. 27(2–3). — P. 121–128.
- Nastri C.O., Teixeira D.M., Moroni R.M., Leitao V.M., Martins W.P. Ovarian hyperstimulation syndrome: Pathophysiology, staging, prediction and prevention // *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*. — 2015. — Vol. 45(4). — P. 377–393.

Nuojua-Huttunen S., Gissler M., Martikainen H., Tuomivaara L. Obstetric and perinatal outcome of pregnancies after intrauterine insemination // Human Reproduction. — 1999. — Vol. 14(8). — P. 2110–2115.

Patriarchal Commission on Family Affairs, Protection of Motherhood, and Childhood. Orthodoxy and the problems of bioethics. Moscow Patriarchate, 2017. — <http://www.patriarchia.ru/db/text/4801677.html> (февраль, 2021).

Pseudo-Basil. Adversus Eunomium IV-V: Einleitung, Übersetzung und Kommentar / Trans. by F.X. Risch. — Leiden: Brill, 1992.

Rossing M.A., Daling J.R., Weiss N.S., Moore D.E., Self S.G. Ovarian tumors in a cohort of infertile women // New England Journal of Medicine. — 1994. — Vol. 331(12). — P. 771–776.

Sgreccia E., Tamblon V. Manuale di Bioethica. — Moscow: Theological Biblical Institute of St. Andrew, 2002.

Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC) and Canadian Fertility and Andrology Society (CFAS). Guidelines for the number of embryos to transfer following in vitro fertilization no. 182 // International Journal of Gynecology and Obstetrics. — 2008. — Vol. 102(2). — P. 203–216.

Stewart L.M., Holman C.D., Finn J.C. In vitro fertilization is associated with an increased risk of borderline ovarian tumors // Gynecologic Oncology. — 2013. — Vol. 129(2). — P. 372–376.

Taheripana R., Balash F., Anbiaee R., Mahmoodi M., Akbari Sene A. Breast cancer and ovulation induction treatments // Clinical Breast Cancer. — 2018. — Vol. 18(5). — P. 395–399.

Tarabrin R. On the issue of ethical evaluation of the method of IVF from the Orthodox point of view in the context of the latest achievements of biomedicine (in Russian). 2014. — <http://archive.bogoslov.ru/text/4007414.html> (февраль, 2021).

Tarabrin R. Orthodox Perspectives on In Vitro Fertilization in Russia // Christian bioethics: Non-Ecumenical Studies in Medical Morality. — 2020. — Vol. 26(2). — P. 177–204.

Tarabrin R. The attitude of the Orthodox Church towards in vitro fertilization (Russian). Moscow Eparchy Statements, 2014. — <https://mepar.ru/library/vedomosti/77/1716/> (февраль, 2021).

The Russian Orthodox Church. The Basis of the Social Concept of Russian Orthodox Church. 2000. — <https://mospat.ru/en/documents/social-concepts> (февраль, 2021).

Vause T.D.R., Cheung A.P. Ovulation induction in polycystic ovary syndrome // Journal of Obstetrics and Gynecology Canada. — 2010. — Vol. 32(5). — P. 495–502.

Walker L.L. Barren/barrenness // In: The Zondervan Pictorial Encyclopedia of the Bible. Vol. 1. — Grand Rapids: Zondervan Publishing House, 1975. — P. 479.

Wen J., Jiang J., Ding C. et al. Birth defects in children conceived by in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection: A meta-analysis // Fertility and Sterility. — 2012. — Vol. 97(6). — P. 1331–1337.

Whittemore A.S., Harris R., Iltis J. Characteristics relating to ovarian cancer risk: Collaborative analysis of 12 US case-control studies: II. Invasive epithelial ovarian cancers in white women // American Journal of Epidemiology. — 1992. — Vol. 136(10). — P. 1184–1203.

World Health Organization (WHO). Infecundity, Infertility, and Childlessness in Developing Countries. Demographic and Health Surveys (DHS) comparative reports no. 9. — <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/DHS-CR9.pdf> (февраль, 2021).

Zegers-Hochschild F., Adamson G.D., Dyer S. et al. The international glossary on infertility and fertility care 2017 // Fertility and Sterility. — 2017. — Vol. 108(3). — P. 393–406.

Особенность научно-технических достижений XXI в. состоит в том, что они создают новую науку, которая способствует развитию технологий и новых способов для спасения и продления жизни человека. Эти процессы затрагивают интересы будущих поколений, влияют на общество, создавая новые вызовы глобального характера. При этом такие процессы сопровождаются ростом числа лженаучных публикаций и антинаучной информации, усилением недоверия мирового сообщества к системам здравоохранения, а также социальной поляризацией. Совершенно иначе актуализируются вопросы ответственности науки и ученых, возникающие на трех уровнях: 1) управление (государство, бизнес, социальные нормы); 2) ключевые морально-этические ценности; 3) общественная информированность и участие. Изменения последних месяцев, связанные с глобальной пандемией COVID-19, позволили убедиться, каким хрупким является мировой социальный баланс. Однако эта ситуация позволяет в новых обстоятельствах рассмотреть роль и значение такого междисциплинарного направления исследований, как биоэтика, и с точки зрения аналитического потенциала, и в части качества человеческого капитала и возможностей профессионального объединения ученых разных стран, связанных общей темой или идеями.

Наиболее многочисленным объединением такого рода является профессиональная Американская ассоциация биоэтики и гуманитарных наук (ASBH). Она была создана в 1998 г. в Хьюстоне (США) путем объединения трех более мелких организаций, представители которых осознали, что вместе они смогут сделать больше для развития исследований в области биоэтики. Так, 24–27 октября 2019 г. в Питтсбурге (США) состоялась одна из крупнейших ежегодных событий в области биоэтики этой ассоциации — ежегодная конференция ASBH «Remembrance and Resilience. How Bioethics Can Move Us Forward?». Это была 21-я встреча-конференция, в которой приняли участие более 1300 человек и в течение 4 дней параллельно работали более 40 дискуссионных площадок по всем направлениям биомедицинской этики.

К сожалению, встречи такого уровня по биоэтике ни разу не проходили в России. Почему? На данный вопрос трудно ответить однозначно. Это в некоторой степени удивительно. История биоэтики в нашей стране развивается с конца 1980-х годов. Однако здесь хотелось бы оговориться: речь в данном случае идет скорее об истории термина и институционализации академической и социальной практики, которая ему соответствует [Nezhmetdinova F.T., Guryleva M.Yu., 2018; Tikhonov V.V., 2019]. В то же время многие исследователи отмечают, что интерес к проблемам этики науки возник в отечественной науке много раньше. Особую роль здесь сыграл академик И.Т. Фролов, работы которого об этике науки и о месте человека в мире новых технологий стали появляться еще в 1960-е годы [Фролов И.Т., 1967, 1969], а одна из его более поздних системных работ была опубликована на английском языке [Frolov I.T., 1990]. Вместе с тем комплексное историко-научное исследование вклада этого ученого в развитие российской традиции биоэтики и особенностей ее советского этапа еще предстоит провести.

В самом общем виде, с точки зрения социальной истории науки, биоэтика (в современном понимании этого термина) до конца 1980-х годов не была представлена в академическом

дискурсе СССР. Во многом это связано с тем, что биоэтика — академический продукт американской культуры, основанный на ее ценностях [Callahan D., 1993]. Разница мировоззрений, политическое противостояние, философско-методологические разногласия и социокультурные особенности затрудняли диалог. Да и в целом идеи И.Т. Фролова вызывали настороженность в советском научном сообществе. Так, у Фролова можно найти интересный пример. В 1975 г. в Асиломаре (США) состоялась Международная конференция, посвященная обсуждению социальных и этических аспектов экспериментирования в области генетики. Ее результаты сам Фролов оценивал как начало новой эры в этике науки [Белкина Г.Л., Корсаков С.Н., 2017]. Однако он отмечал, что советских ученых, участвовавших в конференции, западные коллеги называли «молчаливые ученые»¹, в то же время коллеги в СССР называли Фролова «марксистский поп». В СССР шли свои исследования в области коммунистической этики и морали, медицинской этики и деонтологии, что коренным образом отличалось как в дискурсивном, так и смысловом отношении от идей, возникших в США [Б.В. Петровский, 1988; Царегородцев Г.И., 1966; De George R.T., 1969].

Сегодня в России работают отдельные исследовательские коллективы, независимые исследователи, журналисты. В начале 2000-х годов в медицинских вузах появился предмет «Биоэтика», однако серьезного развития академической активности и широкой публичной дискуссии не произошло. Тем не менее в последнее время тема, хоть и медленно, но набирает популярность, что может быть связано как с новыми научными разработками, так и с формирующимся общественным запросом.

Известно, что биоэтика как исследовательское поле впервые появилась именно в качестве аспекта академической и общественной дискуссии в США. Существует множество подходов к поиску точки отсчета в начале истории биоэтики. В США это произошло в конце 1960-х годов и было связано с развитием новых медицинских технологий, с их применением на практике (и с относящимися к этому этическими вызовами), а также с развитием социальной истории медицины [Jonsen A.R., 1998].

Что касается современного этапа, то особенно важными в биоэтике становятся международный диалог, сравнительные исследования, обмен мнениями и опытом, более глубокое знакомство с культурой и академической практикой стран, научные концепты которых мы активно заимствуем и используем в публичном пространстве. Для более серьезного осмысления этих процессов и стимулирования интеллектуальной рефлексии в национальной академической среде наиболее интересным представляется формат публикации живых диалогов и интервью. Именно такое редкое интервью с Милдред Соломон, президентом Центра Гастингс, публикуется в данном разделе. Эта публикация особенно ценна как новый виток развития отношений, поскольку первый контакт с Центром Гастингс был установлен еще академиком Фроловым в рамках работы основанного им Российского национального комитета по биоэтике [Белкина Г.Л., Корсаков С.Н., 2008, с. 46–47].

Некоторые штрихи к биографии Милдред Соломон

Милдред Соломон — ученый с серьезной международной репутацией. Во многом это связано с ее исследованиями и публичной активностью по продвижению идей разумной политики в сфере здравоохранения и науки. Она получила докторскую степень в области методов исследования образования и обучения взрослых в Гарварде (Harvard University) и степень бакалавра в Колледже Смита (Smith College). В дополнение к ее руководящей роли в Центре Гастингс она является профессором по глобальному здравоохранению и социальной медицине в Гар-

¹ Их молчание было связано с мнением руководителей советской науки, которые настаивали на активном проведении молекулярно-биологических исследований в условиях острой конкуренции с западной наукой.

вардской медицинской школе (Harvard Medical School), где руководит образовательной программой, которая направлена на сотрудничество с университетскими больницами Гарварда с целью формирования компетенций в области биоэтики. Соломон является специалистом одновременно в области биоэтики и социальных наук. Основные направления ее научных исследований в области биоэтики: этика ухода за детьми и взрослыми в конце жизни, трансплантация органов, защита участников исследований на людях, ответственное поведение ученых-исследователей и управление новыми технологиями.

Академический путь профессора в биоэтике был тесно связан с ее деятельностью в области политики здравоохранения. Она работала в комитетах Национальных академий наук, инженерии и медицины (The National Academies of Science, Engineering and Medicine), в Консультативном комитете министра здравоохранения и социальных служб США по трансплантации органов (The U.S. Secretary of Health and Human Services Advisory Committee on Organ Transplantation) и в настоящее время входит в консультативный совет Программы по общественному здравоохранению и правам человека при фондах открытого общества (The Public Health and Human Rights Program at the Open Society Foundations). В течение последних 2 лет Соломон трудится в составе Глобального совета по технологиям, ценностям и политике Всемирного экономического форума (World Economic Forum's Global Council on Technology, Values and Policy).

Прежде чем возглавить Центр Гастингс, профессор Соломон была старшим директором по внедрению результатов научных исследований в Ассоциации американских медицинских колледжей (The Association of American Medical Colleges). На этом посту она отвечала за оказание помощи академическим медицинским центрам страны в развитии их потенциала в области сравнительного анализа эффективности научных исследований и внедрения полученных результатов. До этого она была вице-президентом Центра развития образования (The Education Development Center), международной некоммерческой организации, занимающейся исследованиями и разработками, ежегодно выделяя около 140 млн долларов в виде грантов на исследования по всему миру. Соломон — автор около 70 научных работ и постоянный спикер крупнейших международных форумов по биомедицинской этике и самому широкому спектру вопросов в области глобальной политики в здравоохранении. Сегодня профессор Милдред Соломон — одна из лидеров мнений в области глобальной биоэтики.

Центр Гастингс: научные исследования и публичная активность

Центр Гастингс основан в 1969 г. и с самого начала стал важным элементом становления и развития исследовательского поля биоэтики. Это независимая некоммерческая организация, объединяющая ученых-исследователей из разных дисциплин. Основной целью Центра является обеспечение общественного диалога по поводу рисков и пользы внедрения результатов научных исследований в практику, поскольку изменения в технологии, медицине и окружающей среде трансформируют ландшафт человеческих возможностей. Такие изменения поднимают глубокие вопросы, которые становятся потенциальными источниками социальных конфликтов. Формирование публичного пространства диалога, поиск общего языка для всех сторон и дискуссии в результате способны помочь найти решение этих вопросов. Основные исследовательские направления Центра находят выражение в программах «Дети и семья», «Старение, хронические болезни и конец жизни», «Здоровье и здравоохранение», «Достижения науки и улучшение человека», «Человечество и природа». Эта работа ведется группой ученых, которые связаны с Центром и часть из них входят во всемирную сеть стипендиатов. Сегодня это более 200 человек, большинство из которых — ученые из Соединенных Штатов, но все чаще к команде присоединяются исследователи со всех уголков земного шара, формируя глобаль-

ную сеть биоэтики. Стипендиаты Центра Гастингс представляют собой избранную группу людей с выдающимися достижениями, работа которых принесла новое в теорию и/или помогла обществу в понимании сложных этических вопросов в области здравоохранения, исследований в области наук о жизни и окружающей среде.

Центр ведет активную публикационную деятельность. С момента его основания издается главный журнал «The Hastings Center Report», который выходит шесть раз в год. Публикации в нем представляют разные жанры: научные статьи, колонки о законодательстве и политике, различные кейсы по вопросам клинической практики, истории работников здравоохранения, отзывы на книги, эссе. Другой формат — это «Специальные отчеты» (Special Reports), в которых публикуются результаты текущих исследований Центра. Это могут быть как итоги работы одного автора, так и коллекция эссе, а также результирующие документы, живые диалоги между теми, кто пришел к разным моральным заключениям в отношении центральных этических вопросов, и др. В последние годы Центр значительно расширил аудиторию посредством публичных веб-трансляций и публикаций видеоматериалов о событиях, а также бесед с лидерами в области науки и политики. Развиваются следующие направления онлайн-публикаций: Hastings Bioethics Forum, Bioethics Briefings и информационный бюллетень, посвященные разнообразным комментариям по актуальным вопросам биоэтики, которые представляют большой общественный интерес и формируются лидерами мнений.

Центр Гастингс активно сотрудничает с журналистами в целях информирования общественности, например, путем организации семинаров в формате журналистских конференций или ежегодных обращений в СМИ, интервью и публикаций справочной информации. В дополнение к разработке собственных мероприятий ученые Центра часто участвуют в крупных общественных мероприятиях, проводимых другими организациями. Уникальная двойная приверженность Центра Гастингс к профессиональному сообществу в области биоэтики и широкой общественности остается одной из отличительных и самых ценных его особенностей.

Текст интервью с профессором Милдред Соломон

В 2019 г. Центр Гастингс отмечал 50 лет со дня своего основания. В рамках ежегодной конференции ASBH-2019 был организован юбилейный семинар, на который можно было попасть только по специальным приглашениям. После него удалось пообщаться с президентом Центра Гастингс.

— *Каким образом биоэтика появилась в Соединенных Штатах Америки?*

— Биоэтика как область исследований появилась в конце 1960-х — начале 1970-х годов. Середина XX в. стала временем больших достижений в сфере биомедицины. Люди называли это время «биологической революцией», т. к. именно тогда впервые в медицине появились инструменты, которые могли бы помочь людям. В первой половине XX в. большая часть прогресса в области охраны здоровья населения была обусловлена мерами общественного здравоохранения, которые были приняты. Среди них такие, как создание способов получения чистой воды, улучшение качества очистки сточных вод и т. д. Однако к середине столетия в распоряжении врачей наконец-то появился совершенно новый набор инструментов.

Тогда же появилось множество видов биомедицинских достижений, одним из примеров которых является разработка технологий жизнеобеспечения, таких как аппараты искусственной вентиляции легких (ИВЛ) и аппараты для диализа. Множество важных открытий произошло в области генетики, а также в разработке таких технологий, как ультразвук.

Центр Гастингс (The Hastings Center) является Национальным исследовательским институ-

том в области биоэтики, и ему часто приписывают основополагающую роль в истории становления и развития биоэтики в США. Наши основатели — философ Дэниел Каллахан и психиатр Уиллард Гэйлин — наблюдали эту «биологическую революцию». Они довольно быстро поняли, что новые инструменты медицины будут оказывать большое влияние на пациентов, семьи, сообщества и общество в целом. Они полагали, что новые биомедицинские знания и технологии, которые эти знания создают, будут иметь мощные социальные и этические последствия. Они также заметили, что не существует никаких учреждений и ни одной научной области, сфокусированных на исследовании социальных и этических последствий внедрения и использования достижений биомедицины. Таким образом, первоначально они стали приглашать философов, религиозных лидеров, врачей и лидеров других направлений мысли для обсуждения этих вопросов. Довольно скоро вокруг основных нерешенных вопросов были сформированы группы, которые начали публиковать свои взгляды. В 1971 г. в Центре Гастингс появился собственный журнал «Отчет Центра Гастингс» («The Hastings Center Report»), который до сих пор сохраняет свое влияние. Так, собственно, и появилась новая междисциплинарная область исследований — биоэтика.

— *Что привлекло вас в биоэтике? Каким образом вы пришли в эту область?*

— Есть несколько особенностей биоэтики, которые привлекли меня. Во-первых, я рассматривала биоэтику как движение, которое может эффективно противостоять медицинскому патернализму и помочь медицине улучшить свои возможности в интересах пациентов и их семей.

Во-вторых, я верила, что это направление может помочь защитить участников исследований. Были ужасные скандалы, такие как исследование Tuskegee Study², в котором афроамериканским мужчинам было отказано в лечении сифилиса уже после того, как было найдено лечение от него. Я активно поддерживаю исследования с участием человека, но это требует надзора, и я думала, что биоэтика могла бы помочь установить нормы, политику и практику для обеспечения эффективного контроля над исследованиями.

В-третьих, биоэтики обучены выявлять ценности и принципы, которые могут быть поставлены на карту в результате тех или иных политических решений. В нашей культуре большое внимание уделяется тому, работает ли новая технология, является ли она безопасной, но не так много возможностей для рассмотрения того, как это повлияет на нас. Ни одна технология не бывает нейтральной: многие технологии могут принести необычайную пользу, но также и причинить вред. В одном случае технология будет поддерживать процветание человека и воспитывать добродетели, которыми мы дорожим. Однако, если использовать эту же технологию по-другому, это может снизить качество человеческих отношений или ослабить роль важных ценностей. Биоэтика позволяет формировать среду для обсуждения таких ценностей и побуждать людей с уважением прислушиваться к мнению друг друга.

— *Каким был ваш первый исследовательский проект в области биоэтики?*

— В конце 1980-х годов я узнала, что Центр Гастингс собирается опубликовать руководство в области использования технологий поддержания жизни. Фактически в США мы стали свидетелями того, как некоторые семьи просили снять близких людей с аппарата ИВЛ и позволить им умереть. Пациенты умирали или часто находились в состоянии комы, и их семьи чувствовали, что их близкие никогда не хотели бы, чтобы их жизнь поддерживали с помощью этих машин, если бы они не могли подняться или получить пользу от пребывания в таком положении. Врачи часто хотели исполнить такую просьбу, но никто не знал, будет отключение оборудования считаться убийством или нет. Больницы, врачи, пациенты и семьи просто не имели каких-либо руководств относительно того, что было бы этически и юридически допустимо, когда речь шла об использо-

вании, отказе от лечения или отключении от поддерживающих жизнь технологий.

Центр Гастингс собирался подготовить и опубликовать руководство, помогающее врачам, медицинским сестрам, пациентам и семьям найти лучший способ реагирования на эти ситуации. Руководящие принципы утверждали, что сами пациенты или, если они больше не дееспособны, их семьи могут принимать решения об использовании, отказе или отключении средств жизнеобеспечения. Наши рекомендации дали возможность пациентам и их семьям принимать решения. Они закрепили право пациентов определять, какой объем лечения они хотели бы получить, и позволили отказываться от жизнеобеспечения, если нагрузка перевешивала преимущества их применения с точки зрения пациента. Даже в том случае, когда пациенты больше не могли говорить за себя, рекомендации Центра Гастингс позволяли семьям принимать такие решения, исходя из того, что, по их мнению, хотел бы пациент. Именно ценности пациента должны были направлять эти решения, и, если никто не знал точку зрения пациента, врачи были уполномочены принимать решения, основываясь на разумном представлении о том, что могло бы быть предпринято в интересах пациента.

Я — социолог, очень интересовавшийся этой проблемой. У вас есть врачи, пациенты и семьи, нуждающиеся в руководстве. У вас есть уважаемая, авторитетная организация, готовая выпустить руководство о том, что является этически допустимым. И все же, будучи социологом и обучая врачей, я знала, что одни только руководящие принципы никогда не изменят практику. Если бы мы действительно хотели, чтобы процесс принятия решений в вопросах, касающихся «конца жизни», улучшился, нам бы потребовались рекомендации Центра Гастингс, а также нечто большее. И вопрос о том, что нам действительно нужно сделать, чтобы улучшить медицинскую помощь умирающим, зацепил меня — это стало моим первым крупным проектом в области биоэтики.

— *И что же вы сделали?*

— Я решила изучить проблему, используя инструменты, которые были у меня как у социолога. Вместе со специалистами по биоэтике в Центре Гастингс, специалистами в области социальных наук и преподавателями Центра развития образования (EDC) в исследовательской организации, расположенной в Бостоне, где я работала в то время, мы запланировали масштабное исследование. Мы хотели лучше понять взгляды самих врачей на то, как помогать пациентам и их семьям в принятии решений об использовании средств жизнеобеспечения.

Мы опросили чуть менее 2000 врачей, в основном анестезиологов, врачей интенсивной терапии и онкологов, а также врачей, проходящих подготовку по этим специальностям, и медицинских сестер отделений интенсивной терапии из семи больниц в разных географических регионах США. Мы также провели фокус-группы перед исследованием и интервью после него. Самой важной находкой нашего исследования было то, что очень высокий процент врачей сообщили, что они действовали против своей совести, оказывая помощь неизлечимо больным. Другие вопросы исследовательского инструментария позволили нам увидеть направления, которые их беспокоили. Оказалось, что они не беспокоились о том, что лечение пациентов недостаточно. Скорее, у них были серьезные опасения, что они чрезмерно лечат («залечивают») пациентов: они предлагают лечение, которое не приносит никакой пользы, а также продлевает процесс умирания [Solomon M.Z. et al., 1993].

Я нашла это невероятно интересным. Зачем врачам было предоставлять жизнеобеспечивающее лечение, если они не верили, что лечение поможет, и если предоставление лечения вызывало у них моральное истощение? Итак, я начала изучать это, я проводила последующие интервью в рамках работы над своей докторской диссертацией, в поисках ответа на вопрос: зачем вы это делаете? Если вы врач, то почему вы делаете то, что, как вы считаете, неправильно [Solomon M.Z., 1991]? И я обнаружила, что врачи действительно не понимают, имеют ли

² См.: <https://www.history.com/news/the-infamous-40-year-tuskegee-study> (февраль 2021).

они право рекомендовать прекращение лечения³. Они чувствовали, что не вправе предлагать остановить лечение или даже начать разговор об этом с пациентами и их семьями. Они не чувствовали себя комфортно в откровенных беседах с семьями о том, что пациент умирает, и они не знали, можно ли помогать семьям рассматривать более широкий спектр вариантов, включая прекращение неэффективных вмешательств.

Посредством фокус-групп и интервью мы обнаружили, что многое замалчивалось. Врачи не были довольны тем, что они делали, многие семьи также не были довольны, но никто не говорил об этом. Я заинтересовалась разработкой какой-то программы, которая позволяла бы людям структурированно подходить к разговорам об этих проблемах. Наша группа в Центре развития образования (EDC) и коллеги из Центра Гастингс вместе разработали образовательную программу, которая была построена с использованием наших результатов исследований и рекомендаций Центра Гастингс. Она называлась «Решения у конца жизни» («Decisions Near the End of Life») и включала ситуационные задачи и другие виды учебной деятельности, которые мы разработали для команд медицинских работников. Мы хотели собрать группы людей, которые обычно работают вместе, в одной больнице, чтобы они сообща прошли обучение. Обучение отдельных специалистов не будет таким же мощным, как предложение обучиться командой из одного отделения больницы. Тогда мы надеялись, что они вернутся к работе, будучи лучше подготовленными к изменению своей практики, т. к. они вместе прошли обучение [Solomon M.Z. et al., 1991].

К этому времени Центр Гастингс опубликовал свои рекомендации, поэтому мы разработали примеры, чтобы раскрыть ключевые аспекты этих руководящих принципов. Мы пришли к выводу, что если бы врачи могли использовать эти рекомендации для осмысления предложенных нами ситуационных задач, они с большей вероятностью смогли бы использовать их в своей повседневной работе.

Мы попросили эти команды из разных больниц прийти на региональную конференцию. Команды, как правило, состояли из старшего и младшего врачей, медицинской сестры, социального работника и пасторального консультанта (больничного капеллана)⁴ — примерно пять

³Большинство штатов США не легализовало эвтаназию. Исключение составляют лишь несколько штатов, например Калифорния, Орегон, Вермонт. Однако в данном интервью речь идет не об эвтаназии или суициде с участием врача, а о распространенной практике отделений интенсивной терапии в США — о «снятии» лечения с использованием искусственной вентиляции легких (ИВЛ).

Если говорить кратко, то с точки зрения закона и этики клиническая практика *withdrawal* («снятие») — это право пациента (его родственников) на отмену лечения с использованием ИВЛ в условиях отделения интенсивной терапии. Если такой запрос поступает, то врач начинает процедуру его выполнения в соответствии с рекомендациями больницы, в которой проводится лечение. Прекращение интенсивной терапии с использованием ИВЛ не равнозначно эвтаназии, т. к. подразумевает иные способы работы с симптомами пациента в дальнейшем (например, паллиативную помощь). Врачи предлагают разные варианты лечения родственникам пациента и предоставляют медицинское, этическое и юридическое заключение. В процесс принятия такого решения включается несколько специалистов. В ходе обсуждения запроса на «снятие» ИВЛ в приоритете остаются интересы пациента. Более того, пациент может заранее оформить предварительное решение об отказе от реализации, в котором, например, можно указать отказ от определенных видов лечения.

В отношении процедуры «снятия» ИВЛ существуют клинические протоколы, в которых регламентированы методы отключения ИВЛ; контроль симптомов в процессе отключения; состав команды врачей, задействованных в отключении; место, где происходит «снятие» ИВЛ (например, на дому у пациента); виды информации, которую должны получить родственники до и после отключения и др.

Эта практика не теряет актуальности в биоэтических дискуссиях о способах лечения «в конце жизни». «Снятие» ИВЛ представляет собой глубокий (зачастую травматичный) эмоциональный опыт как для специалистов здравоохранения, так и для родственников пациентов. Более того, данная практика существует далеко не во всех странах (например, в России таких протоколов нет) и не так детально разработана, как в США.

⁴Пастырское консультирование — это направление консультирования, в котором задействованы слу-

человек из любого учреждения. Они должны были прийти как команда, как единый рабочий блок, и мы собрали около 12 больниц, так что у нас была конференция, на которой собралось около 60 человек. Мы использовали случаи, которые разработали заранее, и они были структурированы так, чтобы рассказать историю пациента, который находился на длительном лечении или в отношении которого необходимо было поговорить и принять решение о лечении в терминальном состоянии. Мы использовали эти кейсы, чтобы заставить медицинских работников говорить о том, как это происходит в их учреждении и насколько они удовлетворены этим. Следует ли это обсуждать иначе? Если подобный случай произойдет в вашем учреждении, как ваши коллегиотреагируют на него? Мы хотели тогда, чтобы они подумали о собственной практике, вернувшись в свои учреждения.

Мы также предоставили им те же исследовательские инструменты, которые были использованы для национального исследования, чтобы они провели опрос в своих учреждениях. Это было очень мощно, т. к. результаты опроса были о них: данные поступили от людей из их собственных учреждений. Нельзя отрицать, что в их собственных больницах было большое количество примеров серьезного морального истощения и моральной неопределенности. В каждой больнице прошло основное образовательное собрание, чаще всего в формате, который мы называем «большие раунды», когда врачи и другие медицинские работники приезжают примерно на час для профессионального обучения. Результаты опроса были представлены на этих «больших раундах». Внимание людей было приковано к тому, чтобы узнать, как каждый из них, как их коллеги относились к этим чрезвычайно спорным и трудным для обсуждения вопросам. В реальности полученные данные отражали их взгляды, и выявление того, что часто между медицинскими сестрами и врачами или между врачами существуют значимые разногласия, помогло создать мотивацию, необходимую для изменений в этих учреждениях.

В результате во многих больницах были организованы этические мероприятия и этические «раунды». Некоторые требовали предварительных разговоров о расширенном уходе или разговоров «о целях ухода». Например, если кто-то находился на аппарате ИВЛ в течение определенного периода, одна больница потребовала, чтобы медицинская команда, обеспечивавшая уход в отделении интенсивной терапии, провела встречу с семьей, чтобы обсудить варианты и изучить цели пациента и его семьи в отношении дальнейшего лечения. Другие пересмотрели свой подход к использованию искусственного питания и гидратации и разработали иные виды политики больницы в целях более корректного принятия решений. Некоторые обученные нами клиницисты по вопросам лучших практик обезболивания стали поддерживать зарождающееся движение по паллиативной помощи. Первоначальные рекомендации Гастингс были выпущены в 1987 г. [Guidelines on the Termination of Life-Sustaining Treatment and the Care of the Dying: A Report of the Hastings Center, 1987]. В 1990 г. Верховный суд США процитировал наши руководящие принципы, которые стали нормой для принятия решений в отношении пациентов в терминальном состоянии в больницах США. Более 230 больниц в Соединенных Штатах приняли участие в программе «Решения у конца жизни», в т. ч. около 40 000 американских врачей. Материалы и ситуационные задачи этой программы были переведены на немецкий язык и апробированы в Германии и Швейцарии. Руководство Центра Гастингс было пересмотрено

жители, раввины, священники, имамы и другие лица, подготовленные в области психологии. В их работе часто объединены современные психологические методы и религиозная традиция. Сегодня сотни центров психического здоровья, созданных в рамках тех или иных религиозных традиций, можно найти по всей Северной Америке. В 1963 г. была основана Американская ассоциация пастырских советников, нацеленная на обеспечение профессиональной сертификации пастырских консультантов и центров пастырского консультирования в т. ч. и для системы здравоохранения.

и полностью обновлено во 2-м издании, которое мы опубликовали в 2013 г.⁵

Второе издание также затрагивало этику конца жизни в педиатрии, и позже я независимо работала с коллегами над созданием образовательной программы по педиатрии под названием «Инициатива по педиатрической паллиативной помощи детям» («The Initiative for Pediatric Palliative Care») [Browning D.M., Solomon M.Z., 2005]. В 2014 г., сразу после выхода 2-го издания рекомендаций Центра Гастингс, началась работа Центра с Обществом госпитальной медицины (The Society of Hospital Medicine), чтобы предоставить дополнительные образовательные инструменты для обучения врачей приемных отделений (специалистов, которые осматривают пациентов только один раз, при их поступлении в больницу), чтобы они имели знания, навыки и организационную поддержку для ведения диалога, соответствующего ситуации и потребностям конкретного пациента.

— *Какой, по вашему мнению, самый эффективный стиль руководства для продвижения биоэтики?*

— Разные лидеры владеют разными стилями. Многие стили лидерства могут быть эффективными. Я думаю, что мой стиль — сделать все, чтобы расширить горизонты моих коллег, чтобы они могли работать на пике своих возможностей и строить командную работу. От одного из моих наставников я узнала, что такое сила «критической дружбы». Друзья-критики обязуются давать честную, откровенную обратную связь, но вежливым способом и с желанием поддержать, направить. «Критические друзья» не позволяют друг другу становиться небрежными или делать меньше, чем каждый на самом деле способен. Они привержены к строгости, креативности и высоким стандартам всех видов, но они подотчетны друг перед другом: каждый исходит из того, что мы все разделяем одни и те же цели.

— *Как вы думаете, существуют ли гендерные особенности, которые влияют на ваш стиль руководства?*

— Я думаю, что гендерные различия могут влиять на стиль руководства, но это не является определяющим. Я не очень иерархична, хотя я думаю, что сильным лидерам иногда приходится, так сказать, устанавливать закон: они должны ставить цели и давать жесткие указания. Тем не менее мой основной стиль — коллаборация, неиерархический и ориентированный на построение команд. Я считаю, что действительно важно прислушиваться к мнению других. Я знаю многих женщин, у которых очень партнерский, неиерархический стиль. Однако есть и мужчины, которые делают это хорошо, и женщины, которые делают это плохо. Этот конкретный стиль может быть гендерно-ассоциированным, но не гендерно-обусловленным. Есть и другие стили лидерства, которые являются более иерархическими, но также могут быть эффективными. Это как обучение: нет единого стиля, который лучше других, хотя есть много плохих стилей.

— *Вы говорили о биоэтике и моральном истощении врачей и других медицинских работников. А как насчет биоэтики и ученых, например тех, кто работает над редактированием генов?*

— На мой взгляд, ученые несут ответственность не только за то, чтобы овладеть технической стороной своих навыков, но и за понимание того, что они изобретают вещи, которые могут изменить человеческую природу и природу нашей планеты. История науки, а также базовая ориентация на область биоэтики должны быть включены в обучение каждого аспиранта и докторанта по молекулярной биологии и другим наукам о жизни. Аспиранты и докторанты должны знать об исторических временах, когда научная гордыня приводила к большим неприятностям, и их наставники должны воспитывать в своих учениках чувство смирения. Они также должны

вместе обсуждать давление, оказываемое на молодых ученых в части большего числа публикаций, что может заставить их действовать поспешно, как это сделал Хе Джайнкуи, когда он взял на себя право редактировать эмбрионы трех младенцев вопреки всемирному научному консенсусу о том, что любые манипуляции в отношении генома человека еще небезопасны и не должны проводиться.

Я обеспокоена, например, тем, что российский ученый Денис Ребриков проявляет подобную гордыню. Он объявил: ему все равно, что мировое научное сообщество считает преждевременным делать генетические модификации эмбриона человека. Он также планирует редактировать эмбрионы, хотя, возможно, он передумал теперь, когда Хе Джайнкуи был приговорен в Китае к 3 годам тюрьмы. Я надеюсь, ученые будут достаточно социализированы, чтобы понять, что можно одновременно и продвигать инновации, и позволять более вдумчивый и эффективный надзор за исследованиями.

Ученые должны понять, сколько силы заключено в таких технологиях, как CRISPR-CAS 9, и насколько важно то, что существуют стандарты безопасности и эффективности. Также должны быть обсуждения, выходящие далеко за рамки безопасности и эффективности. Биоэтика может создать пространство для обсуждений других ценностей помимо безопасности, таких как справедливость (обеспечение справедливого доступа к преимуществам технологий, доказавших свою безопасность и эффективность) или уважение к людям (отношение к каждому человеку с уважением, без предвзятости или дискриминации). Должны существовать некие стандартные способы решения проблем, находящиеся «за пределами безопасности». Так мы сможем гарантировать, что мы используем технологии такими способами, которые способствуют росту процветания человека, а не уменьшают его.

— *Как вы ведете такие дискуссии, когда люди могут не соглашаться друг с другом?*

— Важно включать людей, которые не согласны друг с другом, с определенной целью, а также выбирать людей, способных слушать друг друга. Скандал не поможет вам продвинуться вперед, поэтому вы не должны принимать сварливых людей. Вам нужны участники, которые хотят слушать, но вы также не должны скрывать разногласия, которые есть у людей. В Центре Гастингс мы начинаем каждое собрание с того, что говорим участникам: «Вас выбрали потому, что вы расходитесь во мнениях, а также потому, что мы считаем, что у вас есть все, что нужно, чтобы слушать друг друга». Мы объясняем, что мы хотим, чтобы все высказали свое мнение, и что весь процесс конфиденциален. Всех просят не говорить о наших обсуждениях за пределами круга участников до тех пор, пока кем-либо не будет запрошено специальное разрешение или руководитель группы не даст кому-либо конкретно разрешения. Мы подчеркиваем, что все мы несем ответственность за обеспечение уважительного разговора.

— *Каков опыт Центра Гастингс в области биоэтики в других странах?*

— Центр Гастингс работал в Восточной Европе немного, особенно в 1990-е годы, когда у нашего основателя Д. Каллахана там были важные проекты с партнерами. За время своего пребывания в должности президента Центра Гастингс я старалась поддерживать это направление по мере возможностей. Например, в течение 2 лет мы с гордостью участвовали в организации конференции по улучшению, программа которой была разработана в Центре изучения биоэтики при Университете Белграда в Сербии (Center for the Study of Bioethics at the University of Belgrade). Прошлым летом мы выступили в качестве одного из спонсоров конференции совместно с Гарвардской медицинской школой, Университетом Цюриха, Университетом Загреба, Оксфордским университетом и Университетом Дубровника в Хорватии.

Возможно, наше самое масштабное сотрудничество за пределами Соединенных Штатов было с Сингапуром и Гонконгом. Мы помогли Национальному университету Сингапура развить его центр биоэтики и выпустить первый азиатский журнал по биоэтике («Asian Bioethics Journal»).

⁵ См.: <https://www.thehastingscenter.org/publications-resources/books-by-hastings-scholars/the-hastings-center-guidelines-for-decisions-on-life-sustaining-treatment-and-care-near-the-end-of-life-revised-and-expanded-second-edition/> (февраль 2021).

Мы реализовали несколько исследовательских проектов с нашими коллегами из Сингапура.

Два или три года назад Центр Гастингс помог открыть новый центр биоэтики, базирующийся в Китайском университете Гонконга (CUHK). Вскоре после этого очень щедрый спонсор организовал десятилетнюю программу обмена, которая позволила ученому из Китайского университета Гонконга приехать в Центр Гастингс для обучения и ученому из Центра Гастингс поехать в Гонконг. Такого рода устойчивый обмен, продолжающийся из года в год, очень важен.

В настоящее время мы сотрудничаем с Советом Наффилда (Nuffield Council) в Соединенном Королевстве и с Центром биоэтики в Китайском университете Гонконга в целях организации и проведения конференции «Здравоохранение следующего поколения», которая должна была состояться в Гонконге в конце марта, однако была отложена из-за пандемии и ориентировочно перенесена на осень 2020 г.

25 октября 2019 г., Питтсбург (США)

Центр Гастингс и биоэтика в условиях эпидемии коронавируса (COVID-19)

С начала эпидемии коронавируса ученые Центра Гастингс активно включились в экспертную работу, которая посвящена различным этическим и социальным аспектам, связанным с эпидемией. В самом общем виде можно выделить два направления деятельности: во-первых, подготовка аналитических обзоров и информирование населения о социальном и этическом измерениях разных аспектов эпидемии (о кризисе доверия в обществе, правительственных мерах защиты социальных групп, справедливом распределении ресурсов, конфликтах интересов различных уровней права и др.); во-вторых, объединение ученых, намеренных задействовать влияние академического авторитета в сфере экспертизы политических решений и убедить Правительство США разработать более адекватный и этичный ответ на пандемию.

Таким образом, около 1400 самых известных биоэтиков и лидеров здравоохранения страны подписали срочное письмо в Конгресс и Белый дом, в котором просили Правительство США немедленно использовать весь объем полномочий федеральной власти и средств реагирования для борьбы с пандемией COVID-19. Документ был разработан Милдред Соломон, президентом Центра Гастингс, и Лоуренсом Гостином, научным сотрудником Центра Гастингс и директором Института национального и глобального права О'Нила в Джорджтаунском университете. Составители письма сфокусировали внимание на том, что может делать в сложившихся обстоятельствах именно федеральное правительство, а не штаты и системы здравоохранения. В течение недели была проведена мощная информационная кампания внутри профессионального сообщества, чтобы люди с академической подготовкой по биоэтике и/или с клиническим опытом подписали этот документ⁶. Главной задачей авторов письма было желание показать, что профессиональное сообщество поддерживает конкретные действия, основанные на биоэтических ценностях, медицинском профессионализме, научных данных и клиническом опыте.

Фактически письмо призывает к пяти немедленным действиям со стороны федеральных властей: 1) обеспечение производства и распределения необходимых расходных материалов; 2) принятие государством обязательств по оплате ухода за больными и по лечению COVID-19; 3) обеспечение оплаченных отпусков по болезни для всех; 4) принятие мер защиты уязвимых групп населения (пожилых, заключенных, бездомных, содержащихся в миграционных центрах

и др.); 5) создание всеобъемлющей и заслуживающей доверия стратегии коммуникации с обществом (прекратить распространение недостоверной информации и новостей, создающих панику, в социальных медиа).

Как отмечается в петиции, государство воздержалось от использования своих полномочий в полной мере. В настоящее время специалисты по биоэтике призывают к немедленным решительным действиям федерального правительства по быстрому производству и распространению средств индивидуальной защиты и столь необходимых аппаратов ИВЛ, а также по срочным мерам, которые нужны больницам и работникам здравоохранения. Как отметила Соломон, объясняя цель петиции, «из-за острой нехватки материалов и аппаратов ИВЛ работники здравоохранения будут вынуждены столкнуться с травмирующими решениями в отношении пациентов, которые будут иметь серьезные последствия — на грани жизни и смерти. Как у профессионального сообщества биоэтиков у нас есть опыт, чтобы предложить руководство по выработке стандартов сортировки, однако наша первая и непосредственная обязанность — предотвратить или значительно сократить потребность в таких решениях»⁷. По мнению 14 ученых Центра Гастингс⁸, одной из главных биоэтических дилемм эпидемии коронавируса стало противостояние, с одной стороны, этики общественного здравоохранения, выражающейся в справедливом распределении ограниченных ресурсов и ориентации на общественную безопасность, а с другой — клинической этики, которая ориентирована на пациента и выражается в уважении прав и интересов отдельных пациентов. Клиницисты, такие как врачи и медицинские сестры, обучены заботиться о людях. Чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения требуют от клиницистов изменения их привычной практики, в т. ч. в некоторых ситуациях, чтобы расставить приоритеты сообщества над человеком в справедливом распределении скудных ресурсов. Смещение с ориентированной на пациента практики, поддерживаемой клинической этикой, на уход за пациентом, направленный на этику общественного здравоохранения, создает большую напряженность для клиницистов, среди которых не все одинаково хорошо подготовлены к принятию решений и уходу за пациентами в контексте крупномасштабной, возможно длительной, чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения. Среди своих задач Центр Гастингс также отмечает важность усилий и работу «за кулисами» с тем, чтобы с петицией были ознакомлены сотрудники Конгресса, члены целевой группы по борьбе с коронавирусом в Белом доме и другие представители власти.

В заключение хотелось бы подчеркнуть, что в условиях нарастания глобальной напряженности в области общественного здоровья наличие мощного и слаженно действующего сообщества биоэтиков, представителей клинической медицины и работников здравоохранения позволяет давать экспертную оценку и рекомендации национальным правительствам, глобальному сообществу и общественности. Тем самым активизируется прикладной потенциал всей совокупности междисциплинарных исследований в проблемном поле биоэтики. Идет консолидация мнений, способствующая не только артикулированию проблем, но и поиску их решений с учетом интересов разных социальных групп.

БИБЛИОГРАФИЯ

Белкина Г.Л., Корсаков С.Н. Академик И.Т. Фролов во главе ФО СССР —

⁷ См.: <https://www.thehastingscenter.org/news/americas-bioethicists-government-must-use-federal-powers-to-fight-covid-19/> (февраль 2021).

⁸ Nancy Berlinger, Matthew Wynia, Tia Powell, D. Micah Hester, Aimee Milliken, Rachel Fabi, Felicia Cohn, Laura K. Guidry-Grimes, Jamie Carlin Watson, Lori Bruce, Elizabeth J. Chuang, Grace Oei, Jean Abbott, Nancy Piper Jenks. См.: <https://www.thehastingscenter.org/ethicalframeworkcovid19/> (февраль 2021).



ПРИЛОЖЕНИЯ

«Нет нейтрального взгляда на добро»: есть ли будущее у этических дискуссий в медицине?¹

Интервью Н.П. Шок с профессором А. Илтис

24–27 октября 2019 г. в Питтсбурге (США) состоялось крупнейшее ежегодное событие в области биоэтики — 21-я ежегодная конференция Американской ассоциации биоэтики и гуманитарных наук (ASBH). В ней приняли участие более 1300 человек, в течение 4 дней параллельно работало более 40 дискуссионных площадок. В рамках этой конференции доктор исторических наук, профессор Приволжского исследовательского медицинского университета Наталия Шок поговорила с главой организации Аной Илтис.

— Ана, вы президент Американской ассоциации биоэтики, директор Центра биоэтики Wake Forest University, активно преподаете и работаете в междисциплинарных исследовательских командах, сотрудничаете с врачами. Что повлияло на ваш выбор направления науки?

— Когда я была на последнем курсе в средней школе, у меня была возможность пройти два курса в местном университете. Одним из предметов, который я взяла, был «Введение в медицинскую этику». Мне очень понравилось. Я подумала тогда: я не знаю, как и где, но я точно знаю: это то, что я хотела бы изучать. Впоследствии, уже будучи студенткой, я выбирала дисциплины, которые были так или иначе связаны с этикой, изучала биологию и философию. Мне очень понравилось это сочетание. Я никогда не видела и не вижу сейчас противоречия или нестыковки между этими двумя исследовательскими плоскостями. Я полагаю, некоторые люди думают, что если вы увлекаетесь какой-то естественно-научной дисциплиной, вы не можете интересоваться такими вещами, как философия. Для меня же они всегда дополняли друг друга.

Уже на третьем курсе университета одна из моих профессоров предложила мне серьезно заняться биоэтикой и помогла поступить в аспирантуру. Я стала работать, стремилась получить докторскую степень. В программе аспирантуры того времени был сильный акцент на биоэтике и партнерстве с медицинской школой. И именно там я впервые остро ощутила это сочетание теоретического и прикладного, которое всегда интересовало меня в биоэтике. Исследования

¹ См.: <https://indicator.ru/medicine/net-neitralnogo-vzglyada-na-dobro.htm> (февраль 2021).

- РФО // Отечественное философское общество. Становление и развитие философии науки. — 2017. — № 2. — С. 137–152.
- Белкина Г.Л., Корсаков С.Н. И.Т. Фролов и становление отечественной биоэтики // Биоэтика и гуманитарная экспертиза. Вып. 2. — М.: ИФ РАН, 2008. — https://iphras.ru/uplfile/sov_ph/bioetika-2.pdf (февраль 2021).
- Деонтология в медицине, в 2 томах. Т. 1: Общая деонтология / Под ред. Б.В. Петровского. — М.: Медицина, 1988.
- Фролов И.Т. Генетика и диалектика // Вопросы философии. — 1967. — № 1. — С. 91–101.
- Фролов И.Т. Философские и социальные проблемы научно-технической революции // Вопросы философии. — 1969. — № 4. — С. 3–15.
- Царегородцев Г.И. Диалектический материализм и медицина. — М.: Медицина, 1966.
- Шок Н.П. Ответственность науки и общество: может ли биоэтика повлиять на медицинскую практику? // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. — 2020. — № 2. — С. 347–364.
- Browning D.M., Solomon M.Z. The Initiative for Pediatric Palliative Care: An Interdisciplinary Educational Approach for Healthcare Professionals // Journal of Pediatric Nursing. — 2005. — Vol. 20(5). — P. 326–334.
- Callahan D. Why America Accepted Bioethics // The Hastings Center Report. — 1993. — Vol. 23(6). — S8–S9.
- De George R.T. Soviet Ethics and Morality. — Ann Arbor: University of Michigan Press, 1969.
- Frolov I.T. Man, Science, Humanism: A New Synthesis. — Buffalo, New York: Prometheus Books, 1990.
- Guidelines on the Termination of Life-Sustaining Treatment and the Care of the Dying: A Report of the Hastings Center. — Bloomington: Indiana University Press, 1987.
- Jonsen A.R. The Birth of Bioethics. — Oxford: Oxford University Press, 1998.
- Nezhmetdinova F.T., Guryleva M.Yu. Russian School of Bioethics: History and the Present // In: Reflections on Bioethics / Ed. by J.A. Morales-González, E.A. Nájera. IntechOpen. — 2018. — <https://www.intechopen.com/books/reflections-on-bioethics/russian-school-of-bioethics-history-and-the-present-> (февраль 2021).
- Solomon M.Z. Life and Death Decisions: Physician Perspectives and Their Implications for Professional Education. — Ann Arbor: University of Michigan, 1991.
- Solomon M.Z., Guilfooy V., O'Donnell L. et al. Faculty Guide: Decisions Near the End of Life. — Newton: Education Development Center, 1991.
- Solomon M.Z., O'Donnell L., Jennings B. et al. Decisions Near the End of Life: Professional Views on Life-Sustaining Treatments // American Journal of Public Health. — 1993. — Vol. 83. — P. 14–23.
- Tikhonov V.V. The Origins of the Russian National Committee on Bioethics: Historical, Sociocultural and Political Contexts // History of Medicine. — Vol. 6(1). — 2019. — P. 41–44.

в области биоэтики очень динамичны, это меня вдохновляет. Я думаю, уникальность биоэтики в том, что прикладная исследовательская работа служит основой для теоретической работы, а теоретическая работа — для прикладной. Это комбинация множества миров, которые мне нравились на первом этапе, и я люблю это сейчас.

— Кто может заниматься биоэтикой? В этой области в России бытует множество стереотипов: «биоэтика — это сфера философии», «обязательное наличие медицинского образования»...

— Я думаю, есть много разных ответов и они зависят прежде всего от того, с кем вы говорите. Некоторые люди действительно думают так, как вы говорите. Однако, например, для меня важно рассматривать биоэтику как междисциплинарную область. Более того, я скажу, что нет ни одного человека, который был бы лучше прочих подготовлен для исследований по биоэтике. Лучшие работы создают люди, пришедшие из разных областей и имеющие различную подготовку. Если это будут только медики, то это будет очень односторонне. Этика — это дисциплина. Лучшая работа по биоэтике — это междисциплинарная работа, когда люди разных профессий, разных областей знаний собираются вместе для решения сложных вопросов.

— Насколько я знаю, как раз сейчас вы работаете в крупном междисциплинарном проекте. Какие результаты вы ожидаете?

— Да, сейчас я работаю над несколькими грантовыми проектами в больших коллективах по вопросам генетики и трансплантации органов, и это занимает большую часть моего исследовательского времени. Основная часть моей работы будет связана с этими вопросами в течение следующих лет.

Что касается результатов исследования, то структура проекта заслуживает отдельного комментария. Основная часть проекта — это научные исследования, связанные с изучением эффектов конкретных вариантов одного гена, важного при пересадке почки. Другая, не менее значимая часть — это исследование этических и политических аспектов, связанных с практическим использованием полученного ответа на основной исследовательский вопрос проекта. Например, что нам делать с этой информацией? Как ее использовать для принятия решений о трансплантации органов? У нас запланированы исследования в области социальных наук, в области этики, и все это сопровождается генетическими исследованиями, которые являются частями одного большого научного проекта. В эту работу вовлечено множество людей. Каждый центр в Соединенных Штатах, который имеет программу по пересадке почек, участвует.

— Судя по тому, что вы рассказываете, такой подход к организации научных исследований очень востребован.

— В США довольно популярно проводить совместные междисциплинарные исследования даже в разных областях науки. Если вы не приглашаете людей из области гуманитарных наук, а работаете исключительно в области фундаментальной науки или медицины, то вам в любом случае придется проделать большую часть работы, требующую людей с другой подготовкой. Очень большое внимание уделяется междисциплинарным и кросс-дисциплинарным исследованиям. Важно понимать, что мы не можем ответить на вопросы даже одной фундаментальной научной области без ученых из других областей. Сегодня это касается не только генетики. Эти вопросы существуют во всех направлениях науки. В нашей стране есть крупная исследовательская организация — Национальные институты здоровья (NIH), которая в рамках своей грантовой политики делает акцент на крупных проектах, объединяющих людей из разных научных дисциплин.

— Вы принадлежите к школе Хьюго Тристрама Энгельгардта, основоположника концепции христианской биоэтики. В будущем году в России впервые выйдет специальный номер

журнала «Государство, религия и церковь в России и за рубежом», посвященный концепту «христианская биоэтика», работам его школы и современному дискурсу. Расскажите, каково это — работать в команде Энгельгардта?

— Да, это был интересный и очень напряженный период моей жизни. Энгельгардт, безусловно, был одним из тех, кто очень много работал над темой «христианская биоэтика», основал журнал «Christian bioethics» (публикуется Oxford Press). Были и другие ученые, которые работали в этой области, стоя на разных религиозных позициях, в т. ч. были и те, кто исходил из идей православного христианства.

Профессор Энгельгардт был православным христианином. У него было невероятное количество энергии, он всегда очень старался, чтобы его ученики действительно учились. Это сильно повлияло на меня, когда я думаю о себе с точки зрения учителя и наставника. Он руководил несколькими журналами, сериями книг. Прodelывая эту невероятную работу, Энгельгардт во многом полагался на своих учеников. Из работы с ним я очень много узнала о научных публикациях, о написании статей и проведении исследований в области биоэтики.

— Энгельгардт известен благодаря своим христианским подходам к биоэтике. Сегодня существует множество дискуссий о том, какая биоэтика «правильная», об универсальных принципах и понятиях, появляются программы глобальной биоэтики.

— Я думаю, что профессор Энгельгардт своим примером дал понять: вы можете проделывать большую работу в науке и исследовать множество областей биоэтики. Однако, на мой взгляд, одна из самых главных вещей, которые он сделал, — это то, что он ввел в биоэтический дискурс концепт «христианской биоэтики», чтобы показать, что игнорировать религию невозможно. Также он доказал: мнение, что подходы «светской биоэтики» в целом нейтральны и разделяются всеми, неверно.

Одна из идей, которую он отстаивал, заключалась в том, что нет нейтральной, единой, рациональной точки зрения, независимой от ценностно-мировоззренческих установок и убеждений. И я думаю, что он проделал действительно важную работу, чтобы побудить нас задуматься над тем, что значит предложить «универсальную биоэтику». С его точки зрения, идея «светской биоэтики» (иногда ее называют общественной моралью или общественной биоэтикой), которой могут придерживаться люди в разных частях мира независимо от их личных религиозных или любых других убеждений, является ошибочной. Придерживаясь этой мысли, мы упускаем очевидность: светские взгляды также основаны на ценностных убеждениях и каких-либо идеях о добре. Иными словами, нет нейтрального взгляда на добро.

— Расскажите, пожалуйста, подробнее об Американской ассоциации биоэтики. Что позволяет организации быть такой устойчивой и эффективной?

— ASBH была основана в 1998 г. в Хьюстоне. Я была аспирантом, когда проходило первое собрание учредителей. Сегодня, конечно, организация выросла, увеличилось количество ее членов, области биоэтики и гуманитарных наук, в которых работают люди, стали более разнообразными. Сегодня на конференциях мы говорим не только о клинической, исследовательской и организационной этике, но и о нейроэтике, этике реабилитации и многом другом. Расширилось само понятие биоэтики.

В последние годы ASBH посвятила много сил развитию клинической этики. Это и разработка образовательных ресурсов, и создание отдельной комиссии по сертификации в области этики здравоохранения, которая предложила сертификационный экзамен для людей, работающих консультантами по клинической этике в больницах. Это невероятный объем работы, и почти вся эта работа идет на добровольных началах. Люди делают для общества много того, что никак не оплачивается, и никто не заставляет их делать это, но они делают, потому что

думают, что это ценно для профессии, для области биоэтики и для людей: студентов, молодых ученых и др..

В организации есть должность исполнительного директора, единственная, которая оплачивается, т. к. этот человек должен выполнять повседневную административную работу. Ассоциацией руководит Совет директоров и несколько исполнительных должностей: президент, бывший президент, избранный президент, казначей и секретарь. Все эти роли добровольные. И мы делаем нашу работу, чтобы организация продолжала жить.

ASBH — это место, где собираются разные люди (представители правительства, университетов, медицинских школ, сообществ, больниц и других организаций) для получения образовательных возможностей, возможностей профессионального взаимодействия и коммуникации. Для меня самая захватывающая вещь на ежегодной конференции — это пойти на сессию, о теме которой я ничего не знаю, чтобы расширить свой кругозор, узнать новое.

— *Что, с вашей точки зрения, является наиболее значимой инициативой ASBH в последние годы?*

— В последние годы это была работа по вопросу консультаций по клинической этике [...]. В последние годы мы много времени уделяли инициативам в области гуманитарных наук в здравоохранении, пытаюсь лучше понять, что может сделать ASBH для этой сферы. Мы разбирались, как пересекаются гуманитарные аспекты в области здравоохранения и биоэтика: иногда это действительно разные поля, но зачастую очень важно собрать их вместе. Например, объединение подходов гуманитарных наук и биоэтики для решения проблемы может улучшить понимание самой проблемы. В прошлом году мы создали экспертную группу для этой работы, и, скорее всего, будет создана еще одна целевая группа, которая продолжит заниматься рассмотрением роли гуманитарных наук в области здравоохранения и биоэтики.

— *Сертификация клинической этики — очень любопытная инициатива с участием профессиональной некоммерческой организации. Расскажите, как это будет работать на практике?*

— В США есть четкое разграничение: лицензирование деятельности — это вопрос правительства, сертификация всегда проводится профессиональными обществами. Что касается сертификации по клинической этике, люди должны соответствовать определенному числу требований, прежде чем их допустят к сдаче экзамена, у них должно быть определенное образование и многолетний опыт. Специалисты должны проходить повторную сертификацию каждые несколько лет. В итоге они получают документ, в котором говорится, что они выполнили минимальные требования для ведения консультаций по клинической этике. До прошлого года не было такой сертификации, не было экзамена. Подавляющее большинство людей, которые проводят консультации по клинической этике, в настоящее время сами не имеют такой сертификации. До недавнего времени не было конкретных знаний и навыков, которые они должны были продемонстрировать. И сегодня нет строгого требования прохождения сертификации, но больница может решить, что у вас должен быть сертификат или, например, что в течение следующих 5 лет все консультанты должны стать сертифицированными. Но нет правила, согласно которому вы не можете осуществлять консультации по клинической этике, если у вас нет такой сертификации.

— *Сколько же времени прошло от появления позиций консультантов по клинической этике до идеи о необходимости их сертификации?*

— Мне трудно сказать точно. Есть известная книга «Незнакомцы у постели», в которой немного об этом говорится. В первые годы таких позиций было не так много, на эту должность не нанимали специальных людей. Это происходило как бы изнутри, само собой. И поэтому мне сложно сказать, где и когда была создана первая вакансия для консультанта по клинической этике.

Сегодня некоторые учреждения нанимают людей на позицию консультанта по клинической этике на полную ставку, но есть и те, кто совмещает работу по консультированию и, например, позицию медсестры или врача.

— *Вы — действующий президент Американской ассоциации биоэтики, часто выступаете в роли эксперта. Из чего складывается ваша президентская миссия? Какие наиболее важные задачи вы ставили перед собой на этом посту?*

— Позиция президента ASBH больше о том, как быть организующим лидером, а не тем, кто хочет прийти и сказать: «Вот еще одна важная вещь, которую мы собираемся сделать». Президентом нашей ассоциации становится не тот, кто имеет лучшую повестку дня (в отличие от политических выборов), здесь другие установки. Это мир некоммерческих организаций США. Моя цель состоит в том, чтобы постоянно быть в курсе мнений разных групп, внутренних интересов в ASBH. Моя работа — отслеживать, чтобы правление внимательно относилось к широкому спектру потребностей и интересов, чтобы мы как организация продвигались вперед в решении различных проблем, одновременно отвечая на многочисленные интересы и потребности.

— *Чем вы больше всего гордитесь?*

— В течение нескольких лет в университетах разрабатываются программы для студентов, которые хотят заниматься медицинской деятельностью. У WFU есть магистерская программа биоэтики, у нас есть много программ бакалавриата в различных областях. И есть много студентов, которые хотят в конечном итоге изучать что-то в области здравоохранения, будь то медицина или что-то еще. Для меня одной из важных вещей был поиск способов работы с другими преподавателями с целью разработки программ для студентов, чтобы они учились и занимались вопросами биоэтики. Мы создали большую группу студентов бакалавриата, которые очень увлечены этим. Для меня очень важно, что мы проявляем интерес к этим студентам, помогая им стать людьми, которые исследуют интересные проблемы.

Как президент ASBH я горжусь тем, что я была частью группы по улучшению взаимодействия гуманитарных наук и биоэтики, а также моей работой с невероятной группой людей в течение прошлого года. [...] Область гуманитарных наук очень широкая, и я думаю, что мы должны найти пути построения более четких связей между гуманитарными дисциплинами в области здравоохранения и биоэтикой, чтобы использовать преимущества каждой из областей.

— *Вы уже бывали в России, в течение года были профессором одного из медицинских университетов, читали лекции. Как вы видите роль российских ученых в области развития биоэтики?*

— Россия, несомненно, имеет долгую историю очень успешной работы в области науки и медицины. Я думаю, что есть один важный момент международного взаимодействия ученых (будь то Россия или другая страна), который не всегда на поверхности. Когда я где-то бываю, то узнаю не только о месте, где я нахожусь, и о людях, с которыми я работаю, о мировоззрении, которого они придерживаются, но и много о том, как мы делаем вещи здесь, в Америке. Потому что, только когда ты видишь что-то другое в привычной для тебя области, ты лучше осознаешь, что сам делаешь. [...] Речь идет не только о том, чтобы обмениваться наработками и подходами, но и чтобы учиться, узнавать что-то о себе, узнавая о других людях.

— *Сегодня одним из главных вопросов мировой науки является вопрос генетического редактирования. Многие ученые, в т. ч. в России, пробуют исследовать этот метод. Среди отечественных коллег я иногда встречала мнение, что будущее репродуктологии — это клонирование плюс генетическое редактирование, т. к. это заранее гарантирует качественный результат. Что бы вы могли сказать по этому поводу?*

— Первое, что я хочу сказать: нет никакой гарантии результата. Это верно для любого медицинского и технического вмешательства. Даже после того, как мы его изучили, на практике

может быть все по-другому. Поэтому существует опасение, что мы ожидаем слишком многого. Проблема заблаговременных биомедицинских исследований заключается в том, что мы часто полагаемся на нашу надежду, доверие и уверенность в том, что какая-то вещь магическим образом решит все проблемы. Однако нет никаких гарантий и, конечно, в мире клонирования мы это видели: то, что сначала казалось хорошим и эффективным, оказалось не совсем тем, что мы ожидали.

Профессор из Стэнфордского университета Генри Грили, автор статьи «Конец секса», также говорил о предположении, созвучном тому, что вы сказали: что в будущем мы сможем сделать гаметы из клеток тела, клеток кожи и использовать предимплантационную генетическую диагностику. И это — будущее размножения. Люди уже некоторое время обсуждают альтернативные варианты воспроизведения, и они поднимают всевозможные интересные этические вопросы. Я думаю, что самая большая проблема с редактированием генов — это то, что, говоря о редактировании генов, мы имеем в виду много разных вещей. Например, сейчас в США идут испытания по редактированию генов соматических клеток, а не репродуктивных клеток. Нет ничего сумасшедшего в идее редактирования генов как теоретического вопроса, это звучит как действительно хорошая вещь. Но прежде всего надо задаваться вопросами безопасности. Как вы думаете, что именно должно быть отредактировано и с какой целью? Оба эти аспекта — области для этического исследования. Так что комментарии некоторых ученых, в т. ч. и российских, меня не удивляют.

— *Как вы смотрите на идею проведения какого-либо крупного международного симпозиума по биоэтике в России? Что бы вы порекомендовали?*

— Это определенно не должно быть зимой. Вы знаете, тут интересно взглянуть, как работают конференции в принципе. Некоторые из них посвящены конкретной области, но, если мы находимся на раннем этапе работ в области биоэтики, то наша задача — привлечь людей к теме в целом. В этом случае было бы неплохо провести конференцию, посвященную сразу многим вопросам. Такие мероприятия организует, например, Международная ассоциация биоэтики. Я думаю, что-то подобное было бы очень важно для такой страны, как Россия. Это могло бы быть своего рода искрой, которая стимулировала бы интерес и энергию. Может быть и другой путь — организация небольшой конференции, посвященной очень сфокусированной области, но тогда вы не получите разнообразия. Но такое мероприятие проще организовать. Я думаю, что ваша идея сделать что-то о биоэтике в России очень важна. Ведь у России славная история науки, множество работ в науке и медицине, поэтому их стоит показать.

— *Биоэтика в России развита в значительно меньшей степени, чем в США или других странах. Есть небольшой образовательный курс по биоэтике в медицинских вузах на втором курсе. Речь не идет о магистерских программах или существовании крупных исследовательских центров. У молодежи просто нет понимания перспективы этого направления, но я знаю, что многие студенты очень заинтересованы в изучении подобных вопросов.*

— Это интересная тема. Будут ли медицинские вузы готовы развивать это направление? Или, возможно, те, кто уже имеет базовое образование, смогут получить степень магистра и необязательно в медицинском университете? Для большинства людей, которые работают в биоэтике, важно именно начать. Они говорят: я заинтересован и собираюсь сделать то-то и то-то, затем они начинают учиться, получают то или иное образование, учатся по ходу. Для меня современные российские реалии звучат аналогично тому, что было в США, когда люди только заинтересовались биоэтикой и просто находили разные пути для своих исследований. Поэтому современное академическое американское сообщество в большинстве состоит из людей, которые пришли из разных областей и до сих пор продолжают создавать научное пространство.

— *Сегодня много разговоров о международных этических принципах. Дискуссии особенно оживились после заявлений Хэ Цзянькуя (исследователь в конце 2018 г. заявил, что ему удалось добиться рождения первых в мире генно-модифицированных детей). Как вы можете это прокомментировать?*

— Когда несколько лет назад было объявлено о родившихся близнецах, китайское правительство сделало все возможное, чтобы сказать: «Мы не одобряем это». Трудно досконально понять, какие стандарты применяются в разных местах, как их можно интерпретировать, насколько широко они приняты, — мы не можем знать эти вещи.

— *Можно ли установить мировые стандарты научных исследований, урегулировать основные этические принципы?*

— Ничего не может быть применено во всем мире, однако могут быть созданы определенные рекомендации. Это порочная практика, когда вы говорите: если вы не будете следовать ожиданиям, то научное сообщество может вас избегать или вы не сможете публиковать свои работы в высокорейтинговых журналах. Вместе с тем сегодня довольно легко опубликовать научную работу в обход двойного слепого рецензирования. Для многих людей это не имеет значения, не является стандартом. Вообще чаще всего профессиональное сообщество само регулирует себя. Я думаю, что это следующий шаг в мире редактирования генов. Он будет определяться с помощью своего рода научных профессиональных стандартов, которые разработает международное сообщество исследований стволовых клеток. Это рекомендации, которые люди должны соблюдать, но это не всемирный универсальный регулирующий орган. Мы всегда учимся у людей, которые думают иначе.

— *Каким вы видите будущее биоэтики?*

— Биоэтика показала, что она постоянно меняется, и мы не знаем, что будет дальше. Я предполагаю, что изменения в биоэтике будут только нарастать. И я надеюсь, что биоэтика превратится в действительно междисциплинарное поле научных исследований. Более того, я думаю, что мы потеряем нечто важное, если у нас в сообществе будут люди, имеющие степени только по биоэтике или по какой-то одной научной специальности. Богатство, которое у нас есть, — это социологи, философы, антропологи, историки, врачи, социальные работники и генетики, которые совместно обсуждают конкретную проблему. Я надеюсь, что это не будет потеряно.

Конституционный суд Польши признал незаконным право женщины на аборт в случае выявления у плода генетической патологии. По мнению депутатов польского парламента, такие аборт являются неуважением к норме о защите человеческой жизни. В стране и раньше проводилось всего около 1000 легальных абортов в год. Хотя аналитики утверждают, что число нелегальных абортов или абортов, сделанных гражданами Польши в других странах, в разы выше.

О причинах и последствиях этого запрета, а также о вероятности развития такого сценария в России рассказала историк медицины и исследователь биоэтики, профессор кафедры социально-гуманитарных наук Приволжского исследовательского медицинского университета Наталия Шок.

— Наталия, когда мы с вами договаривались об этом интервью, запрет только ввели. Судя по новостям из Польши, сегодня ситуация уже очень накалена: люди выходят на улицы, протестуют.

— Наверное, это даже хорошо, что мы обсуждаем эту тему сейчас, когда стала понятна реакция польского общества. Я связалась с некоторыми коллегами из Польши, и они рассказали, что большая часть общества не поддерживает новую норму. Женщины вышли на улицы против ужесточения законов об абортах. Даже слышны призывы о помощи в адрес международного сообщества.

— Почему польские власти приняли такое радикально консервативное решение?

— Я бы ответила на этот вопрос не только с позиций сегодняшнего дня, но и с позиции истории. Сразу оговорюсь, что я не специализируюсь на восточно-европейских исследованиях.

То, что происходит сегодня, — это результат, на первый взгляд, мало связанных между собой событий и решений. Польша входила в блок стран Варшавского договора, где политика в отношении абортов была связана с социалистическими идеями равенства. В этих странах законодательство об абортах было значительно упрощено с 1950-х годов. Даже известно, что женщины из США в период «холодной войны» отправлялись в Югославию и другие коммунистические страны для выполнения абортов. По сути, эти поездки для американок ассоциировались с путешествиями в страны, где женщины имели больше свобод. Однако здесь важно не забывать о другом факте. В странах Восточной Европы, возможно за исключением ГДР и Венгрии, не было доступных безопасных средств контрацепции в достаточном количестве и в таком случае безопасный медицинский аборт становился некоторой формой государственного планирования семьи, а в обществе по этому поводу мог быть социальный консенсус.

В конце 1980-х годов, на фоне серьезных политических изменений, в Польше актуализировалась полемика об абортах и идеях возвращения к традиционным ценностям, что некоторые исследователи связывали с высоким уровнем религиозности в польском обществе и возросшим значением католической церкви в период политических преобразований.

Есть и другая, более тенденциозная точка зрения. Она состоит в том, что Папа Римский Иоанн Павел II хотел закрепления в социальной политике родной Польши системы католиче-

ских ценностей. Якобы необходимо было создать такой прецедент на территории постсоветской Восточной Европы. Историки Надежда Белякова (ИВИ РАН) и Вадим Волобуев (Институт славяноведения РАН), специализирующиеся на религиозных процессах в период «холодной войны» и новейшей истории Польши, отмечают, что это во многом спекулятивная интерпретация. Все несколько сложнее. Иоанн Павел II был отрицательно настроен и по отношению к социалистическому строю, при этом был и противником либеральных идей Западной Европы. В вопросе абортов оказалось, что либеральные и социалистические ценности совпали. В результате получилось так, что этот период «абортных дебатов» в Польше был трактован политически. Важно другое: в начале 1990-х годов интересы государства и церкви также пересеклись. В 1993 г. в Польше был принят закон, ограничивающий перечень оснований на проведение аборта. Историки утверждают, что это было компромиссное решение, т. к. первоначально была идея запретить аборт совсем.

С 2015 г. в Польше давление в области репродуктивного здоровья женщин стало нарастать. Это коснулось и вопросов контрацепции, доступа к вспомогательным репродуктивным технологиям, полового и сексуального воспитания и других вопросов женского репродуктивного здоровья. Эти обстоятельства заставляют смотреть на вопрос изменения законодательства еще и с точки зрения темы социального неравенства. Вопрос не только о так называемом праве на аборт как индивидуальной форме репродуктивного поведения, но и об учете широкой группы этических и социальных факторов, связанных с распределением ресурсов здравоохранения и доступности медицинской помощи. Какую социальную группу в большей степени затрагивают подобные изменения? Как это связано с государственной социальной политикой в отношении семей с детьми, с трендами браков и разводов, продолжительностью жизни и экономическими мерами поддержки рождаемости?

Европейский парламентский форум по вопросам сексуального и репродуктивного права регулярно готовит документ, который называется «Атлас европейской политики в вопросах контрацепции», где представлены все страны Европы. Он отражает уровень развития государственной политики в разных странах в отношении планирования семьи, контрацепции и информационных ресурсов по вопросам репродуктивного здоровья. Согласно данным на 2020 г., в Польше самый низкий уровень развития этих мер. Все эти параметры должны рассматриваться в совокупности.

— Даже не верится, что такое возможно в европейской стране...

— Вероятно, следует задать вопрос: почему в XXI в. европейское государство стремится осуществлять медицинскую дисциплинаризацию женского репродуктивного здоровья?

До решения конституционного суда в законодательстве Польши было три основания, которые позволяли женщине сделать легальный аборт: генетические патологии плода, угроза жизни и здоровью матери, а также наступление беременности вследствие насилия.

Женщины, у которых были средства, при необходимости обходили запрет. Они покупали билет и уезжали в Германию, Белоруссию или куда-то еще. Таким образом, сформировались практика и, вероятно, рынок «абортного туризма». Социально и экономически незащищенные женщины могли искать нелегальные способы избавления от ребенка, статистика о которых, конечно, не ведется. Я не открою Америку, сказав, что нелегальные аборты небезопасны.

Другая сторона вопроса — это медицинская статистика, которую приводят авторы поправки. Они говорят, что из чуть более 1000 зарегистрированных легальных медицинских абортов 97 % составляют аборты, осуществленные по причине генетической патологии плода. В целом, как мы видим, уровень легальных абортов невысокий. Но многие эксперты говорят, что эти данные не отражают реальности. Количество нелегальных абортов в год колеблется между 10 000 и 150 000 по разным оценкам. Причина прозаична: нелегальные аборты не регистри-

¹См.: <https://genetics-info.ru/interview/polskiy-sud-priznal-aborty-iz-za-geneticheskikh-patologiy-ploda-nekonstitutsionnymi-intervyu-s-istor/> (февраль 2021).

руются, однако это не означает, что их нет. Еще в советских источниках по истории медицины в отношении аборт был устойчивое мнение у врачей, что запретами вопрос не решить и женщина, которая приняла решение не рожать, будет искать способ прервать беременность. Более того, важно услышать комментарии медицинских генетиков, насколько данные статистики отражают реалии такой диагностики. К сожалению, мнения врачей не представлены — речь идет о полемике между политиками, юристами и женщинами. Хочу отметить, что решение, принятое конституционным судом, не запретило аборт, а фактически упразднило тот медицинский повод, который позволял женщинам и врачам осуществлять эту медицинскую манипуляцию в правовом и безопасном поле.

— Однако же польские власти чем-то руководствовались при принятии такого решения?

— Если посмотреть на формулировки, то была попытка решить вопрос о том, насколько аборт, сделанный по причинам генетических патологий у плода, не противоречит праву на жизнь, человеческое достоинство, запрету на дискриминацию. Во многом такая постановка вопроса предопределяет методологию и форму ответа. И, конечно же, эти принципы могли бы быть применены и в отношении прав женщин. Идея универсальности этических принципов и их способности помочь в решении сложных моральных затруднений давно подвергается критике. И мы видим на примере польского общества, что апелляция к универсальным принципам не дает решения проблемы.

В Польше ведется спекулятивная игра вокруг социально заряженной, сложной темы, которая к тому же связана с особенностями национальной истории и народной памяти. Идет апелляция к такому понятию, как «евгенический аборт». У этого понятия есть своя история. В период немецкой оккупации были запрещены аборты, кроме абортов по причине возможных уродств у плода. Складывается впечатление, что сегодня медиатизация и политизация сюжета абортов связаны в первую очередь с законами информационных кампаний, востребованных в условиях культурных войн.

— Но политики должны думать и о последствиях таких решений. Что будет делать государство с резко возросшим числом детей с тяжелыми заболеваниями? Ведь это очень ресурсозатратно. Что делать с женщинами, которые будут вынуждены уходить с работы и заниматься тяжелобольным ребенком? Все это наверняка будет сопряжено с экономическими издержками.

— Не думаю, что в политических дебатах на эту тему имеют значение детальные социальные и экономические расчеты. Кроме того, здесь сложно говорить, что эти меры связаны с заботой о семье и ее целостности.

Вопрос абортов не является самостоятельным, он прочно вписан в систему мер социальной медицины и государственной семейной политики: программ сексуального воспитания и репродуктивного здоровья, доступности качественной акушерско-гинекологической помощи, организации пренатальной генетической диагностики и медико-генетического консультирования, трендов рождаемости, положения женщин в обществе, поведенческих стратегий в отношении абортов, сексуальных отношений.

Важно сохранить за женщиной право на здоровье, в т. ч. и репродуктивное. К вопросам планирования беременности нужно подходить деликатно, руководствуясь приоритетами конкретной женщины и конкретной семьи.

— Здесь еще возникает другой вопрос. Если аборты в связи с пренатально установленным диагнозом плода запрещены, то остается ли смысл в проведении пренатальной диагностики вообще?

— Предложение генетического исследования плода может вызвать повышенную тревожность у беременной. Здесь, безусловно, требуется деликатность и коммуникативная подготов-

ка врача. Сегодня медицина очень технологизирована, любая манипуляция сопровождается многочисленными электронными устройствами и процедурами, это может говорить о высокой точности и повышении качества результатов диагностики, что положительно влияет на доверие пациента к врачу. Но все ли так однозначно? Мы знаем, что медицинское вмешательство невозможно без информированного согласия. Это справедливо с точки зрения и этики, и права. Однако может ли при высоком уровне развития медицинских технологий обычный пациент адекватно воспринять весь объем медицинской информации о своем здоровье?

Сегодня в рамках этических дискуссий исследователи предлагают дифференцированный подход к информированному согласию — уточнять у пациента, какое количество информации он хочет получить и способен ли он принять сведения о своем состоянии в данный момент. Если перенести это на нашу тему, то некоторые женщины могут просто не захотеть знать результаты генетической диагностики. Банально испугаться. Что делать в этом случае? Как поступить врачу, если данные этого тестирования будут говорить о генетических рисках? Вопрос необходимости пренатального тестирования, на мой взгляд, также относится к числу сложных проблем клинической биоэтики.

Мне трудно давать какие-либо прогнозы относительно Польши. Но я была бы очень серьезно обеспокоена, если бы криминализация коснулась не только абортов, но и самих генетических исследований. Сейчас в польском обществе в целом есть настороженность по поводу качества и медицинской объективности в вопросах ведения беременности с учетом запретов. Беременность — это не болезнь, но у женщин должен быть равный и безопасный доступ к медицинской помощи, а у врачей — право ее оказывать, основываясь на медицинских показаниях и профессиональных навыках. Мне попадалась информация о том, что в последнее десятилетие в Польше врачи боялись делать женщине аборт даже по медицинским показаниям, а также публикации о том, что врачи боялись сообщить женщине, что с ребенком что-то не так. К чему это могло привести? Это вызывало страх у женщин перед беременностью, страх, что ей не сообщат о возможной проблеме и не окажут необходимую медицинскую помощь.

Это может вызывать страх и у врача. Здесь стоит привести аналогию с ситуацией, когда происходит криминализация медицинской ошибки. Это всегда вызывает внутри профессионального сообщества напряженность. Для российской медицины это болезненный вопрос. Медицинская ошибка не разбирается профессиональным сообществом, а в отсутствие страхования профессиональных рисков для врачей она является предметом регулирования уголовного законодательства. О медицинских ошибках не принято говорить, на них нельзя учиться. Врачи из других стран (например, из Колумбии, где такие вопросы разбираются на профессиональных врачебных этических комитетах), узнавая об этом, спрашивали меня: «А ваши врачи не боятся так работать?» Когда врачи находятся под таким давлением, им сложно обеспечивать качественную медицинскую помощь без опасения за свою свободу. Можно ли врача ставить в такое положение? Не думаю, что это идет на пользу.

— Вы привели в пример российскую ситуацию. А возможен ли, на ваш взгляд, запрет на аборты в России?

— Если мы вернемся к нашему историческому опыту, я, наверное, разочарую вас, сказав, что аборты были в некоторой степени формой социального консенсуса в СССР на фоне недоступности контрацепции и каких-либо иных форм планирования семьи. Женщины имели возможность делать безопасный аборт в медицинском учреждении. У этого явления была и экономическая сторона: процедура была платной и многие таким образом зарабатывали.

Безусловно, статистика абортов в СССР была неутешительной. И это также было системным явлением, связанным с особенностями истории демографии в нашей стране в 1920–1930-е годы. Тем не менее государство активно проводило информационную кампанию профилакти-

ки аборт. На ситуацию это влияло незначительно. Иными словами, для отечественной истории дискурс запрета абортов, возникший в определенных условиях в 1936 г., уже в начале 1950-х годов постепенно смягчался, пока в 1955 г. запрет не был упразднен. С того времени такой способ регулирования рождаемости был частью советской повседневности.

Сегодня в нашем обществе актуализированы меры профилактики абортов, приняты некоторые законодательные решения, однако в условиях современной высокотехнологичной медицины и доступности информации о контрацепции актуальность этих дебатов, на мой взгляд, уступает вопросам, возникшим в последние годы, таким как суррогатное материнство, ЭКО или генетическое редактирование эмбрионов. Трудно предположить, что в российском обществе на фоне стремительного развития репродуктивных технологий и их высокого социального одобрения есть стремление запретить аборты.

— *В разговорах с сотрудниками фондов, которые помогают людям с генетическими патологиями, я часто слышу, что родители детей, диагноз которым был поставлен еще во время беременности, все чаще принимают решение родить ребенка. По крайней мере, в России. Можно ли сказать, что решение польского суда в целом вписывается в сегодняшние представления об этике и является своевременным?*

— Вы сказали ключевую фразу: «родители принимают решение». Одним из ведущих принципов биоэтики является принцип автономии пациента, уважения его достоинства и выбора. Женщина и ее семья делают выбор. Я бы не стала экстраполировать ситуацию индивидуального выбора, стратегии индивидуального репродуктивного поведения на некие социальные ожидания общества в целом.

В первую очередь, люди должны быть адекватно и полно проинформированы о состоянии своего здоровья и перспективах в зависимости от выбираемой стратегии. Только в этом случае можно говорить о том, что делается выбор. Когда у людей недостаточно информации, когда с ними не говорят или говорят грубо, они вряд ли примут взвешенное решение, вряд ли будут думать об этике общественного здоровья. Нужны просветительские программы, грамотная социальная политика в области общественного здоровья и равный доступ к медицинской помощи.

Признаюсь, что для меня это интеллектуальная загадка: почему в XXI в. мы продолжаем говорить об абортах? Почему эта тема так беспокоит на фоне появления других вопросов, связанных с репродуктивным здоровьем? Представляется более логичным, если они будут рассматриваться системно.

Недавно, например, пришло сообщение, что США присоединились к группе 30 стран, подписавших декларацию против абортов. Я думаю, проблема абортов — это тот самый триггер, который всегда будет заставлять общество волноваться, обеспечивая политические очки.

В 1972 г. вирусолог и лауреат Нобелевской премии Макфарлейн Бернет, вдохновленный успехами новых антибиотиков и иммунизации, предсказывал в своей книге: «Наиболее вероятный прогноз будущего инфекционных болезней таков — будет очень скучно». Тогда казалось, что эпидемии стали предметом для историков.

Однако скучно не стало. СПИД, атипичная пневмония, лихорадка Эбола и, наконец, COVID-19 — в жизнь человека прочно вошли тяжелые инфекционные заболевания и сопутствующие социальные эксперименты. Эпидемии, оказывая давление на социум, как бы «вскрывают» его, обнажая невидимые структуры, и демонстрируют то, что действительно важно и обладает реальной ценностью. С этим соглашается современный философ Джорджо Агамбен: «Общество проходит испытание кризисом, постепенно оказывается в мире, где все меньше признаков мирного времени...». История эпидемий предлагает два драматических сюжета: «желание назначить ответственного», сопровождаемое дискурсом вины и нарастанием социального конфликта, а также проблему «отсутствия чудодейственного средства», обещание о создании которого медицина никогда не могла выполнить.

В 1970-е годы в США происходило оформление стандартов этической экспертизы в клинических экспериментах у людей на фоне стремительного развития технологий биомедицины. Ученые задались вопросом: «Кто должен жить, если не каждый может?» Речь шла о доступе к новым дорогостоящим медицинским технологиям (трансплантации сердца, диализу), которые смещали акценты выбора в медицине: не «между жизнью и смертью», а «между жизнью и жизнью». Иными словами, одной из задач социальной этики стало предложить относительно справедливые институциональные механизмы, в которых могли существовать «корыстные и предвзятые» люди. Медицинские и научные достижения постепенно превращались в новую религию биоэтики.

Текущая эпидемия внезапно и радикально разрушила все представления о норме не только в медицинской практике, но и в обществе. Особенно остро это коснулось врачей и вопросов распределения жизнеобеспечивающей терапии в условиях ограниченных ресурсов и отсутствия известного протокола лечения. Одной из главных биоэтических дилемм эпидемии коронавируса стало противостояние этики общественного здравоохранения, выражающееся в справедливом распределении ограниченных ресурсов и ориентации на общественную безопасность, и клинической этики, ориентированной на конкретного пациента. Врач действует, используя «правило спасения» — помочь каждому всеми доступными средствами. Чрезвычайные ситуации требуют от клиницистов изменения своей привычной практики.

Если посмотреть на практическую деятельность Совета Наффилда по биоэтике в Великобритании, который считается главным мировым исследовательским центром по биоэтике, то выясняется, что у них нет стандартного этического подхода или руководящих принципов, которым должны следовать рабочие группы, создаваемые в критических ситуациях. В разных докладах они следуют разным этическим принципам. Иными словами, каждый раз создается небольшая группа, принимающая решения масштаба «жизни и смерти» и разрабатывающая некий «этический компас» для конкретной ситуации. Но как же так? Неужели нет объективных

¹См.: <https://www.forbes.ru/obshchestvo/397639-kto-dolzhen-zhit-covid-19-stal-ekzamenom-po-bioetike> (февраль 2021).

принципов и набора правил для любых ситуаций? Похоже, в принятии решений в области биоэтики мало что меняется в последние десятилетия.

В 1962 г. журналистка Шана Александр опубликовала в журнале «Life» статью «Они решают: кому жить, а кому умереть» об экспериментальном отделении гемодиализа в одной из больниц Сиэтла (США). Главные герои материала — группа из 7 человек (адвокат, священник, банкир, домохозяйка, чиновник, лидер профсоюза, хирург), которая получила название «Комитет по политике приема Сиэтлского центра искусственной почки при больнице Swedish Hospital». Это были первые опыты лечения гемодиализом с ограниченным числом аппаратов. Настал момент, когда необходимо было решить, кому назначить лечение. Другими словами, сделать выбор «между жизнью и жизнью».

Лечение было экспериментальным, шло тестирование нового оборудования, что повышало риски. Оно было дорогостоящим, и только 1 из 50 пациентов мог стать кандидатом. Необходимо было отобрать 10 человек, которые будут частью двухлетней пробной программы, чтобы определить надежность нового лечения. Автор писала: «Миллионы людей со “смертельными” заболеваниями могут получить второй шанс на жизнь... Но Новый Мир, в котором люди смогут иметь золотые сердца или стальные нервы, еще не настал. Тем временем должны быть приняты мучительные практические решения». Те самые 7 человек, призванные принимать эти решения, работали анонимно, добровольно и без оплаты. Семь граждан фактически были «Комитетом жизни и смерти».

Это было время, когда у них не было никаких этических руководств, кроме собственной совести. Вряд ли они были счастливы. Им предстояло сразу договориться и выработать правила отбора в условиях, когда никто не мог быть уверен в чем-либо, но должен сделать выбор. Члены комитета так говорили о своих обязанностях: «Мы имеем дело с жизнью, которая поддерживается искусственно в целях эксперимента... прогресс в мире происходит благодаря существованию кризисов, а не их предвидению» (адвокат); «Я чувствовал, что был направлен принимать решения, которые не имею права принимать...» (священник); «Я, наконец, пришел к выводу, что мы не делаем моральный выбор — мы отбираем морских свинок для эксперимента... на мой взгляд, это ситуация — жизнь и смерть, осложненные ограниченностью денег. В этой ситуации наша функция — снять давление с врачей» (банкир). Этот случай вошел в учебники по истории биоэтики.

На фоне беспрецедентных мер мы сегодня немного слышим об этике. Следуя рекомендациям ВОЗ, многие страны внедрили всеобщее тестирование, изоляцию и другие меры социального дистанцирования, ограничивающие физическое взаимодействие индивидов. Вместе с тем есть множество отличий между странами в способах применения этих мер: кто-то вводит чрезвычайное положение, а кто-то обходится некоторым ужесточением контроля на границах.

Сегодня внимание к клиническим экспериментам и информированному согласию в них выше, чем к социальным директивам, которые несут в себе черты эксперимента. Возможно, мировая история еще не знала таких масштабных и далеко идущих мер, которые затрагивают каждого человека на таком глубоком уровне. В течение нескольких недель способность миллиардов свободно перемещаться и зарабатывать средства к существованию исчезла.

Еще недавно феномен социальной изоляции был частью экспериментов на грызунах, в которых фиксировалось, как разные типы социальной депривации влияют на биохимические и функциональные системы организма, выступая как стрессовый фактор. Следует ли думать, что экспериментальный сюжет из зоопсихологии может войти в нашу жизнь так же, как когда-то машина гемодиализа? Можно ли предположить, что едва различимо происходит конструирование чего-то нового, как некогда шло конструирование биоэтики в клинической медицине?

Историки хорошо умеют анализировать драмы прошлого, но не слишком сильны в предсказаниях. История человечества дает много примеров эпидемий, уносивших многие жизни. Вместе с тем история знает примеры паники и страхов от эпидемий, которые не оправдались. Одновременно, ввиду искажения приоритетов, игнорировались другие важные вопросы.

Президент Института Роберта Коха (Германия) Лотар Вилер считает, что пандемия коронавируса может задержаться еще на 2 года. По его мнению, появление вакцины ускорит борьбу с пандемией, как и любая другая «интервенция», однако сначала она будет доступна немногим.

Такая постановка вопроса имеет не только предметную, но и человеческую сторону. Недели карантина, отсутствие информации, противоречивые решения и некоторая «парарегиозность» происходящего в мире уже повлияли на доверие в обществе к правительствам, системам общественного здравоохранения и, главное, на доверие к человеческому взаимодействию. Непонимание происходящего, невозможность контролировать собственную жизнь вызывают ощущение «экзистенциального вакуума», которое австрийский психиатр, бывший узник концентрационных лагерей Виктор Франкл характеризовал как «оскудение инстинктов» и «утрату традиций».

Новая реальность отсылает к роману Герберта Уэлса «Остров доктора Моро», где главный герой, долгое время находившийся на острове, наблюдал невероятные эксперименты и, вернувшись к обычной жизни, в конце говорит: «И, как это ни странно, но с возвращением к людям вместо доверия и симпатии, которых следовало бы ожидать, во мне возросли неуверенность и страх, которые я испытывал на острове. Никто не поверил мне, но я относился к людям почти так же странно, как относился раньше к принявшим человеческий облик зверям».

Мы наблюдаем «свободное падение» доверия в мире. На этом фоне представляется важным задуматься о глобальной этике, т. к. именно «распределение здоровья и болезни» отражает то, как организовано общество и как люди относятся в нем друг к другу. Ученые, задействованные в исследованиях по этике здравоохранения по всему миру, предлагают руководства, чтобы помочь в чрезвычайных обстоятельствах национальным правительствам и глобальным организациям лучше и эффективнее думать об ответе на ситуацию. Принятие сложных решений «между жизнью и жизнью» (или «какие социально значимые блага нужно защитить») требует публичности. В них могут и должны участвовать институты, уже созданные человечеством для решения подобных, хоть и куда менее масштабных, биоэтических задач в прошлом.

ГЛАВА I. ИСТОКИ БИОЭТИКИ: МИРОВОЗЗРЕНЧЕСКИЕ ДОМИНАНТЫ В МЕДИЦИНЕ АНТИЧНОГО И СРЕДНЕВЕКОВОГО ОБЩЕСТВ

ОТ БОГОВ-ЦЕЛИТЕЛЕЙ К СВЯТЫМ ЛЕКАРЯМ: ТРАНСФОРМАЦИЯ И КОНТИНУИТЕТ ПРОСТРАНСТВА РИТУАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ В ПОЗДНЕЙ АНТИЧНОСТИ

М.А. Ведешкин

В данном тексте рассматривается религиозная эволюция позднеантичного пространства ритуального врачевания. На примере перехода нескольких крупных средиземноморских храмовых центров богов-целителей (культ Исида в Менуфисе, культ Сарпедона в Селевкии на Каликадне, культ Асклепия в Афинах) под контроль христиан и распространения на этой территории культов святых лекарей демонстрируется трансформация и континуитет традиций религиозной медицины в позднеантичном мире. Делается вывод о том, что в регионах, где в языческие времена существовали культы богов-целителей, практика ритуального излечения сохранялась сначала в форме двоеверия, а впоследствии в новой, христианской оболочке.

Ключевые слова: поздняя Античность, поздняя Римская империя, ранняя Византия, язычество, христианство, культ святых, религиозное врачевание, биоэтика.

THE SOCIAL AND LEGAL STATUS OF PHYSICIANS IN THE LATE ROMAN EMPIRE

М.А. Vedeshkin

An analysis of the social and political status of physicians in the late Roman Empire is presented. The text examines the evolution of perceptions of the social standing of physicians from the late Republic to the Late Antiquity. The work sheds light on the financial and legal status of physicians and their families, the peculiarities of the professional training of medical personnel (special attention is paid to the Alexandrian School), the organization of the health system in provincial and capital cities of the Roman Empire, the ties between members of the medical community and the capital and provincial elite in the empire. Close attention is paid to the work of the corporations of municipal and court archiaters, their social status, professional and personal ties with emperors, participation in governance and diplomatic activities. Using the example of a wide range of sources, including late Roman legislation, epigraphic monuments, oral tradition and epistolary evidence, based on modern ideas about bioethics as a science, the author makes an argument for the theory of considerable consolidation of the status of late Roman physicians compared to the status of their counterparts in the late Republic and the Principate.

Key words: history of medicine, bioethics, late Roman Empire, Late Antiquity, social status of physicians.

О ФОРМИРОВАНИИ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОТНОШЕНИЙ В РИМСКОЙ ИМПЕРИИ (I–V вв.) В РАКУРСЕ ПРОБЛЕМНОГО ПОЛЯ БИОЭТИКИ (ВРАЧИ И УМЕЛЬЦЫ, НАСТАВНИКИ И УЧИТЕЛЯ)

М.С. Петрова

В ракурсе проблемного поля биоэтики (в частности, деонтологии) рассматривается вопрос о формировании отношения к врачам и целителям в римском обществе (I–V вв.). Посредством методов и подходов просопографии реконструируются основные положения коллективной биографии римского врача.

Ключевые слова: биоэтика, общество, врач, целитель, источник, биография.

БОЛЕЗНЬ КАК СПОСОБ УХОДА ОТ КОНФЛИКТА В СРЕДНЕВЕКОВОМ СОЦИУМЕ

Ф.В. Петров, М.С. Петрова

В тексте рассматривается и обсуждается эпизод придворной жизни Эйнхарда (ок. 770—840 гг.), связанный с его продолжительной болезнью и отказом подчиниться приказу императрицы Юдифи (ум. 843 г.) во время династического конфликта 830-х годов IX в. Эпизод реконструирован по письмам Эйнхарда императрице Юдифи, Людовику Благочестивому и лицам королевского окружения. Анализируется политическая ситуация 830-х годов; учитываются описанные Эйнхардом события, связанные с переносом останков Марцеллина и Петра из Рима во Франкию (827 г.), а также привлекаются другие юридические и повествовательные источники. Посредством сравнения различных свидетельств и фактов реконструируются не только действия Эйнхарда, но и его мотивы.

Ключевые слова: общество, политическая ситуация, средние века, болезнь, конфликт, текст.

ГЛАВА II. СОВЕТСКАЯ МЕДИЦИНА В РАКУРСЕ БИОЭТИКИ: ОБЩЕСТВЕННЫЕ ДИСКУССИИ И МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

ЭТИКО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНТЕГРАЦИИ ВОСТОЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ПРАКТИК В МЕДИЦИНУ СССР: ДИСКУССИИ 1930-х ГОДОВ

О.С. Нагорных

Материал посвящен исследованию этических аспектов интеграции элементов восточной медицины в советскую медицину в 1930-е годы. Изучены архивные материалы, посвященные дискуссии в Ученом медицинском совете Народного комиссариата здравоохранения (УМС НКЗ) РСФСР (1936–1937). Отмечается, что в рассматриваемый период, с одной стороны, врачебное сообщество серьезно обсуждало возможности применения методов восточной медицины в отечественной медицинской науке и клинической практике; с другой стороны, в его профессиональной среде не было единства в связи с большим количеством противоречий (в их числе слабая доказательная база восточных медицинских практик и этическая составляющая их применения). Особое внимание уделено деятельности Ленинградской инициативной группы по изучению восточной медицины, результатом которой стало решение об открытии в Ленинграде первой клиники восточной медицины.

Ключевые слова: медицинская этика, исторический источник, восточная медицина, интеграция, дискуссия, Народный комиссариат здравоохранения.

К ИСТОРИИ ЗАПРЕТА АБОРТОВ В СССР: ПОЗИЦИЯ ВЛАСТЕЙ И МНЕНИЯ СОВЕТСКОГО ОБЩЕСТВА В БИОЭТИЧЕСКОМ РАКУРСЕ (1935–1936 гг.)

Н.Ю. Пивоваров, Н.П. Шок

Текст посвящен дискуссии 1935–1936 гг. в СССР о запрете абортов. Данный эпизод советской истории содержит огромный эвристический потенциал для исследователей советского периода. На первый взгляд, законопроект о запрете абортов — всего лишь историко-медицинский факт, на основании которого во многом можно сделать выводы о ситуации в отрасли в целом, а также в акушерстве и гинекологии в частности. Однако эта небольшая в масштабах истории советского здравоохранения зарисовка дает возможность выстроить нетривиальные междисциплинарные исследовательские перспективы, например, в таких направлениях, как антропология, социология, политология и др., что существенно расширяет исследовательские горизонты советского прошлого. При анализе дискуссий о запрете абортов использовались две группы источников. К первой группе относятся документы высших партийных и государственных органов, отложившиеся в тематических делах Политбюро ЦК ВКП(б). Особое внимание было сконцентрировано на пометах и маргиналиях И.В. Сталина, оставленных им на проектах закона о запрете абортов. Практически все материалы данной группы лишь сравнительно недавно прошли процедуру официального рассекречивания и впервые вводятся в научный оборот. Ко второй группе источников относятся письма советских граждан в высшие органы

власти, а также центральные и местные периодические издания. В письмах представлена широкая палитра мнений и замечаний на законопроект о запрете абортов. Сопоставление этих двух групп источников позволило впервые в отечественной литературе исследовать формирование этического дискурса, а также показать историю становления биоэтического дискурса советского периода.

Ключевые слова: история медицины, биоэтика, запрет абортов, СССР, сталинизм, советское здравоохранение.

МЕДИЦИНА СССР И КИТАЯ В 1950-е ГОДЫ: ТРАДИЦИИ И ИНТЕГРАЦИЯ ПРАКТИК

О.С. Нагорных

Текст посвящен научно-историческому анализу потенциала китайской традиционной медицины, сохранившей в середине XX в. большое значение для поддержания здоровья китайского населения. В нем не только привлекается внимание к проблеме трансформации медицинских традиций СССР и Китая в 1950-е годы как интеграции практик, но и отмечается, что советско-китайское сотрудничество в сфере медицины в указанный период предполагало взаимный обмен достижениями. Через переосмысление отношения к значению традиционных методов китайской медицины автором определяются точки пересечения и возможности взаимодействия традиций и советских новаций в системе здравоохранения в Китае 1950-х годов, а также выявляются апробации методов китайской медицины в практике советских врачей.

Ключевые слова: история медицины, интеграция, китайская традиционная медицина, здравоохранение, советско-китайское сотрудничество, медицинская этика, традиция.

«ЗА МИР ВО ВСЕМ МИРЕ»: ГУМАНИЗМ И ЭТИКА ГЛОБАЛЬНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В РАКУРСЕ ИДЕОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ СОВЕТСКОГО РУКОВОДСТВА (1956–1962 гг.)

Н.П. Шок, Н.Ю. Пивоваров

Текст посвящен анализу миротворческой политики советского руководства в период, когда СССР постепенно переходит от открытой конфронтации к мирной конкуренции. Основное внимание уделяется рассмотрению идей советского руководства в области глобальной безопасности и этики международного диалога. В качестве основных источников привлекаются материалы высших партийных органов — ЦК ВКП(б)/КПСС, документы о подготовке и участии представителей СССР в различных миротворческих организациях, переписка советских лидеров с представителями мировых общественных организаций, выдающимися учеными и простыми гражданами иностранных государств, демонстрирующая реакции советского руководства на милитаристические и антигуманные шаги в отношении человечества.

Ключевые слова: «холодная война», советская история, ЦК ВКП(б)/КПСС, история биоэтики, гуманизм.

**КОМАНДИРОВКИ СОВЕТСКИХ ВРАЧЕЙ В 1950–1960-е ГОДЫ В КНР:
РЕАЛИЗАЦИЯ ПЛАНОВ СОТРУДНИЧЕСТВА В СФЕРЕ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

О.С. Нагорных, Н.П. Шок

В данной работе предпринята попытка рассмотреть поездки советских врачей и специалистов в 1950–1960-е годы в КНР. Командировки, организованные Министерством здравоохранения СССР в середине XX в., сыграли ключевую роль в развитии научного сотрудничества и одновременно с этим стали его важным элементом. На основе вводимых в научный оборот отечественных архивных источников приводятся типология командировок и формы научного сотрудничества в области медицины и здравоохранения, анализируются результаты поездок советских врачей. В рамках исследования установлены факты о значении советской помощи в становлении национальной системы здравоохранения КНР. Также освещается обратное влияние традиционной китайской медицины на практику медицинской помощи в СССР. Эти факты служат отражением уникальной практики китайского здравоохранения, в границах которого в середине XX в. гармонично сосуществовали практики традиционной китайской медицины и современная научная медицина в рамках единой национальной системы здравоохранения, неотъемлемой частью которой были социалистические ценности, которые и формировали основу медицинской этики. Исследование опыта сотрудничества советских и китайских врачей позволяет не только восполнить пробелы в истории медицины как части истории науки, но и показать некоторые аспекты политической истории, интеллектуальной истории, истории международных отношений двух государств и этики глобального здравоохранения.

Ключевые слова: история медицины, исторический источник, командировка, советско-китайское сотрудничество, история этики и глобального здравоохранения.

БИОЭТИКА В СССР (1960–1980-е ГОДЫ): СОЦИОКУЛЬТУРНЫЙ КОНТЕКСТ

В.В. Тихонов

В тексте исследуется социокультурный контекст развития в СССР биоэтики. В качестве предпосылок развития биоэтического знания указывается целый комплекс факторов: кризис сциентического оптимизма, развитие экологического движения, неудовлетворенность медицинской деонтологией и т. д. Особенно подчеркивается роль И.Т. Фролова в популяризации биоэтики и ее институциональном развитии. На основе документов Архива РАН реконструируется история появления Российского биоэтического комитета. Демонстрируется, что особую роль в институционализации биоэтики сыграли международные контакты в годы перестройки.

Ключевые слова: биоэтика, медицинская деонтология, И.Т. Фролов, Российский биоэтический комитет.

**«ВПРАВЕ ЛИ МЫ ВООБЩЕ ВМЕШИВАТЬСЯ В ПРИРОДУ...»: ДИСКУССИИ
О ГЕННОЙ ИНЖЕНЕРИИ В ПОЗДНЕМ СССР**

В.В. Тихонов

В работе анализируется дискуссия по этическим проблемам генной инженерии, прошедшая в СССР в 1960–1980-е годы. Делается вывод, что идея «улучшения» человека с помощью генетики вызвала активную полемику, расколов научный мир на две части. Генная инженерия противоречила базовой установке советской идеологии о примате социального над биологическим, поэтому закономерно не нашла поддержки.

Ключевые слова: генная инженерия, советская идеология, В.П. Эфроимсон, И.Т. Фролов.

**ВОЗОБНОВЛЕНИЕ СОТРУДНИЧЕСТВА СОВЕТСКИХ И КИТАЙСКИХ ВРАЧЕЙ В 1980-е ГОДЫ
В КОНТЕКСТЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ СИТУАЦИИ**

О.С. Нагорных

Текст посвящен проблеме восстановления научных контактов и обменов в области медицины СССР и КНР после дипломатического разрыва. Анализируются цели, содержание и итоги поездок советских врачей, возобновившихся в середине 1980-х годов. На основе неопубликованных архивных документов прослеживаются взгляды медицинских работников на советско-китайские и международные отношения. Делается вывод о взаимном стремлении двух стран к сотрудничеству, определяются границы этой коллаборации, показывается инициатива советских специалистов к налаживанию научных контактов. Одновременно с этим отмечается новый формат научно-медицинского союза.

Ключевые слова: история медицины, СССР, КНР, научная дипломатия, международные отношения, «мягкая сила», научные командировки.

ФИЛОСОФСКИЙ ДИСКУРС БИОЭТИКИ

Н.П. Шок, А.П. Щеглов, Б.С. Соложенкин

В работе анализируются философские основы биоэтики. Авторы поставили перед собой сложную задачу описать дуальность проблемы: с одной стороны, эмпирических оснований медицины, а с другой — сформулировать важнейшие содержательные обобщения понятия «биоэтика», вытекающие из контекста этических представлений, часто вступающих в противоречие с медицинской практикой. Биоэтика не рассматривается как инструкция для разрешения тех или иных медицинских дилемм с точки зрения человеческой морали, а предстает как некая умозрительная модель с присущим ей определенным числом общих свойств. Введение такого рода трансцендентных качеств помогает авторам рассмотреть предельные границы реального объекта исследования — биоэтики, позволяя выявить ее сущностную основу. В этом случае биоэтика не только предстает как субъективное мнение в медицине, но указывает на то, что находится выше органической сущности человека. Отсюда значение биоэтики для медицины состоит в выявлении ее метафизических начал. Авторы показывают, что в широком смысле биоэтика свидетельствует о трудностях в разрешении нравственных дилемм, возникающих в медицине.

Ключевые слова: биоэтика, философия медицины, дилемма биоэтики, жизнь, этика, метафизика.

ОТ БИОЭТИКИ СВЕТСКОЙ К БИОЭТИКЕ ХРИСТИАНСКОЙ: О ЗНАЧЕНИИ НАСЛЕДИЯ
Х.Т. ЭНГЕЛЬГАРДА В РОССИИ

Н.П. Шок

Обсуждение перспектив концептов «биоэтики» и «христианской биоэтики» американского профессора Х.Т. Энгельгардта в России требует системного междисциплинарного анализа. Это связано с реалиями медицинской практики, культурно-исторической спецификой социальных вызовов и историей понятий и ценностей. Для российского общества в целом характерна определенная сложность постановки этических проблем в публичном пространстве. Современная актуализация биоэтики, рост участия церкви в публичных дискуссиях по вопросам медицины и биотехнологий формируют основы для восприятия идей американского профессора Х.Т. Энгельгардта по христианской биоэтике. В данном тексте предлагается проанализировать эволюцию научного поиска и личностной трансформации Х.Т. Энгельгардта от врача-«логического позитивиста» через исследования взаимовлияния континентальной философии и истории медицины, католицизма и биоэтики к созданию собственной концепции христианской биоэтики, основанной на православии. Предложенный в тексте анализ позволяет расширить привычные для российского академического дискурса теоретические подходы к обсуждению моральных дилемм, находящихся на пересечении медицины, религии и философии.

Ключевые слова: Х.Т. Энгельгардт, биоэтика, христианская биоэтика, православие, культурные войны, история медицины, секуляризм, научная биография, кросс-культурный анализ.

В.В. Тихонов

Исследование посвящено выявлению и анализу исторического, социокультурного и политического контекстов появления Российского национального комитета по биоэтике. В советском обществе доминировал «сциентистский оптимизм». По мере осмысления противоречий научно-технического прогресса на Западе происходила институционализация биоэтики как особого направления исследований. В СССР этому мешали идеологические ограничения. Тем не менее проблемы влияния науки и техники на общество в ракурсе биоэтики разрабатывались И.Т. Фроловым и Б.Г. Юдиным. В годы перестройки на фоне смены идеологической и интеллектуальной атмосферы в публичном пространстве все активнее обсуждались проблемы, в т. ч. и экологические, а также напрямую связанные с биоэтикой. Параллельно шли процессы ее институализации. Так, в 1990 г. была создана Международная ассоциация биоэтики, куда предложили вступить и советским ученым. Для этого необходимо было создать советский национальный комитет, организацией которого занялся И.Т. Фролов. В тексте на основе архивных материалов подробно разбирается заседание Президиума Академии наук СССР 29 октября 1991 г., ставшее важной страницей истории биоэтики в России. Заседание показало одновременно две тенденции: слабую информированность ученых, членов Президиума по проблемам биоэтики, с одной стороны, и растущий интерес в обществе к этим вопросам — с другой. Таким образом, общие тенденции развития науки, осмысление социальных и гуманитарных вызовов сошлись с возникшим на волне перестройки общественным запросом и политической либерализацией. С точки зрения социальной истории науки определенную роль сыграл и кризис сознания советского общества в конце 1980-х годов, когда в публичном пространстве стало возможным говорить о его отсталости во многих сферах жизни, в т. ч. и напрямую связанных с биоэтикой. Значительную роль в развитии биоэтической проблематики в России сыграла инициатива академика И.Т. Фролова.

Ключевые слова: биоэтика, Российский национальный комитет по биоэтике, И.Т. Фролов, история науки, история медицины.

ТРАНСФОРМАЦИЯ СУБЪЕКТА В БИОЭТИКЕ: ОТ АВТОНОМНОЙ ЛИЧНОСТИ К КОСМОПОЛИТУ

Б.С. Соложенкин

Цель данного исследования — проследить развитие идеи субъективности в биоэтике, начиная с уровня, предполагаемого господствующей моделью автономной личности, к которой отсылают «Principles of Biomedical Ethics», вплоть до космополитического измерения, собственного глобальной модели, предложенной В.Р. Поттером. Автономия рассматривается в более общем контексте произошедшей индивидуализации западных обществ; она является как констатацией этого факта, так и определенным требованием абсолютной свободы. Обозначенная в качестве первого биоэтического принципа, автономия оказывается по своей сути зависимой от идеи благосостояния человека и ценностей индивидуализма. В условиях постмодернового общества она может быть редуцирована до отдельно взятых решений. Это обесценивание

личностной автономии находит вполне оправданную критику среди биоэтиков. Идея субъекта восстанавливается сторонниками субстантивной модели автономии, указывающей на неразрывную связь того или иного выбора и общей личностной перспективы. В тексте показано, что подобный подход к субъекту изначально ограничен, фактически речь идет о разумном индивиду и локальном видении ситуации. В современном мире глобальные проблемы пересекаются друг с другом и перестают замечаться, интимизируются при индивидуалистическом способе их описания. Последний, таким образом, не является адекватным и нуждается в замене. Трудность в том, что для этого должно быть преодолено различие внутри самой биоэтики между двумя традициями: автономная личность и космополит остаются двумя значимыми моделями субъективности, мост между которыми так и не был построен. В данном материале изучается возможность такого перехода к космополитической позиции на классическом примере из «Феноменологии духа». Как можно заключить, теории субъекта приходится непросто на обоих флангах биоэтики; как только последняя теряет посыл субъективности и становится служанкой технологического подхода, мы получаем еще одну версию медицинской этики и теряем долгосрочную перспективу, соответствующую космополитическому миру.

Ключевые слова: автономия личности, космополит, Поттер, субъективность, глобальная биоэтика, индивидуализация, «Феноменология духа», «Принципы биомедицинской этики».

ЭТИЧЕСКИЕ ДИЛЕММЫ СУРРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА: ХРИСТИАНСКИЙ ДИСКУРС В СОВРЕМЕННОМ СОЦИОКУЛЬТУРНОМ КОНТЕКСТЕ

Р.Ю. Тарабрин

В тексте оцениваются биоэтические проблемы суррогатного материнства (СМ) с христианской точки зрения и возможность ее применения при усыновлении криоконсервированных эмбрионов в современном социокультурном контексте. В данном случае процедура беременности усыновившей женщины будет аналогична процедуре СМ. Однако при видимом техническом сходстве смысловое наполнение и цель такой беременности принципиально отличны от СМ. В связи с этим в работе вводится новый термин — «усыновление криоконсервированных эмбрионов». В исследовании оценивается этическая дилемма: вторжение в супружеские отношения при СМ в случае усыновления эмбриона и потенциальная смерть эмбриона при невостребованности последнего. С точки зрения христианской антропологии человек как личность появляется с момента зачатия, поэтому уважение достоинства его личности включает сохранение его жизни и здоровья на эмбриональной стадии даже в криоконсервированном состоянии, а также возможность усыновления после зачатия. Кроме того, при усыновлении криоконсервированных эмбрионов вторжение в супружеские отношения представляется этически значительно менее значимым, чем потенциальная смерть эмбриона. Таким образом, СМ может быть этически оправданно для спасения криоконсервированных эмбрионов в случае, если суррогатная мать усыновит эмбриона и после родов будет воспитывать рожденного ребенка.

Ключевые слова: суррогатное материнство, экстракорпоральное оплодотворение, усыновление эмбриона, репродуктивные технологии, биоэтика.

ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ БИОЭТИКИ В ИХ ФИЛОСОФСКО-АНТРОПОЛОГИЧЕСКОЙ ПЕРСПЕКТИВЕ: О ДИАЛЕКТИКЕ ЖИЗНИ И СМЕРТИ

Б.С. Соложенкин

На материалах классической философии, гегелевской феноменологии и хайдеггерианской мысли автор раскрывает общую для них диалектику жизни и смерти, размышляя о ее отношении к человеческому существованию, культуре и биоэтике. Автор указывает на ряд структурно-значимых моментов в формировании целостного философского дискурса биоэтики, отвечающего ее современной проблематике.

Ключевые слова: жизнь, смерть, биоэтика, метафизика, существование, диалектика.

РОССИЯ И КИТАЙ В РАКУРСЕ ГЛОБАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ПЕРЕДАЧА БИОТЕХНОЛОГИЙ ИЛИ ТРАНСФЕР ЭТОСА?

О.С. Нагорных, Н.П. Шок

В исследовании предпринята попытка обсуждения одной из важнейших составляющих основополагающей и многогранной проблемы глобального здравоохранения, связанной с советско-китайским сотрудничеством в сфере медицины в 1950-е годы. Акцентируется внимание на неразрывности культурного и научного сближения России и Китая. На основании документальных свидетельств, хранящихся в архивных фондах Министерства здравоохранения СССР и Управления по научно-техническому сотрудничеству, выдвигается положение о двойственном характере взаимодействия. С одной стороны, показано, что Правительство КНР заимствовало медицинские технологии СССР как страны со сходной идеологией, но, с другой, отмечено, что на этом фоне в отдельных сферах сотрудничества сохранялась культурная и ценностно-смысловая специфичность этой страны, затрудняющей трансфер этоса советской медицины.

Ключевые слова: история, здравоохранение, архив, медицинские технологии, КНР, СССР, Управление по научно-техническому сотрудничеству.

ORTHODOX PERSPECTIVES ON IN VITRO FERTILIZATION IN RUSSIA

R.E. Tarabrin

The views on in vitro fertilization (IVF) within Russian Orthodox Christian society are diverse. One reason for that variation is the ambiguity found in “The Basis of the Social Concept,” the document issued in 2000 by the Russian Orthodox Church and considered to be the primary guidelines for determining the Church’s stance on bioethics. This essay explores how the treatment of infertility reconciles with the Orthodox Christian faith and what methods of medical assistance for infertility may be appropriate for Orthodox Christians. The focus here is on IVF because it is among the most widely

used methods to overcome childlessness, and the permissibility of IVF is the object of disagreement among Orthodox. The text defines criteria that can help to discern what is absolutely wrong and must be avoided from what only falls short of the mark, but not very far, for Orthodox Christians. If treatment of the underlying causes of infertility has failed or promises no hope and a husband and a wife do not feel able to carry the Cross of infertility, then from pastoral dispensation they might be blessed to use ethically acceptable variants of IVF. IVF has many variants that are different in their spiritual influence on a person. Orthodox Christians pursuing IVF should seek spiritual guidance and a blessing to pursue IVF. They must not form more embryos than will be transferred in the same cycle. Freezing, discarding, or reduction of embryos is forbidden. Infertile couples ought to use only their reproductive cells. The use of donor gametes is unacceptable. Any embryo formed ought to be transferred into the wife's womb, and the use of surrogates is impermissible. Only a husband and wife who are able to maintain their marital union and where the wife is still of childbearing age should be blessed to use IVF.

Key words: donor gametes, gestational carrier, in vitro fertilization, infertility, Orthodox Christian, reproductive ethics, surrogacy.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ НАУКИ И ОБЩЕСТВО: МОЖЕТ ЛИ БИОЭТИКА ПОВЛИЯТЬ НА МЕДИЦИНСКУЮ ПРАКТИКУ?

Н.П. Шок

Текст основан на материалах интервью с профессором Милдред Соломон, президентом одной из старейших и крупнейших независимых исследовательских организаций в области биоэтики в США — Центра Гастингс. Цель данного материала не только в том, чтобы пояснить, что такое биоэтика (этому посвящено много книг и публикаций). В большей степени исследование нацелено на анализ того, как биоэтика может: 1) влиять на науку и, используя социологические исследования, вносить изменения в клиническую практику, формируя новые нормы общения, а также в политику в сфере общественного здравоохранения; 2) воздействовать на национальное и международное законодательство в области здравоохранения; 3) способствовать созданию междисциплинарных команд, независимых площадок гражданской активности; 4) посредством гражданской активности ученых формировать глобальную сеть образовательных и научно-исследовательских центров по всему миру, ориентированных на исследование национальных аспектов биоэтики и практики медицины, организации научных обменов и проектов, которые призваны создать этику глобального здравоохранения. Также в тексте рассматривается, что такое Центр Гастингс, как устроена работа независимого исследовательского проекта и каков его вклад в развитие биоэтики в условиях эпидемии. Этот аспект демонстрируется на примере аналитических материалов ученых, а также гражданской инициативы около 1400 биоэтиков и работников здравоохранения США, адресованной федеральному правительству с рекомендациями о корректировке государственных противоэпидемических мер.

Ключевые слова: биоэтика, Центр Гастингс, интервью, Милдред Соломон, Иван Фролов, ответственность науки, глобальное здравоохранение, общественное здоровье, социологические исследования в биоэтике, клиническая практика, этика и коронавирус (COVID-19).

Summaries

CHAPTER I. THE ORIGINS OF BIOETHICS: WORLDVIEW DOMINANTS IN ANCIENT AND MEDIEVAL MEDICINE

FROM HEALING GODS TO HOLY DOCTORS: TRANSFORMATION AND CONTINUITY OF THE SPACE OF RITUAL MEDICINE IN LATE ANTIQUITY

Mikhail Vedeshkin

The text discusses the religious evolution of the space of ritual healing in Late Antiquity. The transformation and continuity of the traditions of religious medicine in the world of Late Antiquity are demonstrated by the example of the transition of several sites associated with rituals of healing gods (Isis of Menouthis, Sarpedon of Seleucia on Calicadnus, Asclepius of Athens) to Christian hands and the spread of cults of holy healers on this territory. The conclusion is made that in regions, associated with healing cults, the practice of ritual healing was often preserved first in the form of dual faith, and subsequently in a new, Christian shell.

Key words: Late Antiquity, Late Roman Empire, early Byzantium, paganism, Christianity, cult of saints, religious medicine, bioethics.

THE SOCIAL AND LEGAL STATUS OF PHYSICIANS IN THE LATE ROMAN EMPIRE

Mikhail Vedeshkin

An analysis of the social and political status of physicians in the late Roman Empire is presented. The text examines the evolution of perceptions of the social standing of physicians from the late Republic to the Late Antiquity. The work sheds light on the financial and legal status of physicians and their families, the peculiarities of the professional training of medical personnel (special attention is paid to the Alexandrian School), the organization of the health system in provincial and capital cities of the Roman Empire, the ties between members of the medical community and the capital and provincial elite in the empire. Close attention is paid to the work of the corporations of municipal and court archiateres, their social status, professional and personal ties with emperors, participation in governance and diplomatic activities. Using the example of a wide range of sources, including late Roman legislation, epigraphic monuments, oral tradition and epistolary evidence, based on modern ideas about bioethics as a science, the author makes an argument for the theory of considerable consolidation of the status of late Roman physicians compared to the status of their counterparts in the late Republic and the Principate.

Key words: history of medicine, bioethics, late Roman Empire, Late Antiquity, social status of physicians.

ON THE FORMATION OF PUBLIC RELATIONS IN THE ROMAN EMPIRE (I–V c.) IN THE PERSPECTIVE OF THE PROBLEM FIELD OF BIOETHICS (PHYSICIANS AND HEALERS, MENTORS AND TEACHERS)

Maya Petrova

In this paper from the perspective of the problem field of bioethics (in particular, deontology) the question of formation of the attitude to physicians and healers in the Roman society (I–V centuries) is considered. Through the methods and approaches of prosopography the main provisions of the collective biography of the Roman physicians are reconstructed.

Key words: *bioethics, society, physician, healer, mentor, source, biography.*

ILLNESS AS A WAY OF AVOIDING CONFLICT IN MEDIEVAL SOCIETY

Filipp Petrov, Maya Petrova

The paper discusses an episode in the court life of Einhard (c. 770–840) connected with his long illness and refusal to obey an order of the Empress Judith (d. 843) during the dynastic conflict of 830s. The episode is reconstructed from Einhard's letters to the Empress, to the Emperor Louis the Pious and other persons of the royal milieu. The author analyses the political situation of the 830s, the translation of the relics of SS. Marcellinus and Peter from Rome to Francia (827) described by Einhard, as well as other legal and narrative sources. Through comparison of various pieces of evidence not only Einhard's actions, but also his motives have been reconstructed.

Key words: *society, political situation, Middle Ages, illness, conflict, text.*

CHAPTER II. THE SOVIET MEDICINE FROM THE PERSPECTIVE OF BIOETHICS: PUBLIC DISCUSSIONS AND INTERNATIONAL COOPERATION

THE ETHICAL-DEONTOLOGICAL ASPECTS OF THE INTEGRATION OF ORIENTAL MEDICAL PRACTICES INTO THE MEDICINE OF THE USSR: THE DISCUSSIONS OF THE 1930s

Olga Nagornyykh

The text is dedicated to the research of the ethical-deontological aspects of integration of some elements of Oriental medicine into Soviet medicine in 1930s. Most focus is on the study of the archive materials connected to the discussions held in Academic Medical Board of People's Commissariat of Public Health of the Russian SFSR (1936–1937). It is noted that in the period under review, on the one hand, the medical community was seriously discussing the potential for use of Oriental medical practices in the national medical science and clinical practice; on the other hand, there was no consonance in the professional environment because of a large number of contradictions (from the weak evidential base of Oriental medical practices to the ethical element of its practical use). The special attention is given to the research of activity of Leningrad investigational team studying Oriental medicine, whose work caused the decision to establish the first Oriental medicine clinic in Leningrad.

Key words: *medical ethics, historical source, oriental medicine, integration, discussion, People's Commissariat of Public Health.*

ON THE HISTORY OF THE BAN ON ABORTION IN THE USSR: THE VIEWS OF THE AUTHORITIES AND SOVIET PUBLIC OPINION FROM THE PERSPECTIVE OF BIOETHICS (1935–1936)

Nikita Pivovarov, Nataliya Shok

This text looks at the debate in the USSR in 1935–1936 on banning abortions. This episode of Soviet history has enormous heuristic potential for researchers studying the Soviet period. At first sight, the bill to ban abortions appears simply a matter of historical medical fact, based on which we can in many ways draw conclusions about the situation in healthcare in general, and in obstetrics and gynaecology in particular. However, this small-scale episode in the history of Soviet healthcare provides scope for substantial cross-disciplinary research prospects in fields such as anthropology, sociology, political science, and so on, significantly expanding the research horizons of the Soviet past. Our analysis of the abortion ban debate draws on two groups of sources. The first comprises documents of the highest Communist Party and government bodies, stored in the thematic files of the Soviet Politburo. Particular attention is paid to the notes and marginalia made by Stalin in the drafts of the law to ban abortions. Practically all the materials in this group have been officially declassified only comparatively recently, and now being studied for the first time. The second group of sources comprises letters from members of the Soviet public to the highest organs of government and to national and local periodicals. The letters present a wide range of opinions and observations on the bill to ban abortions. Comparing these two groups of sources has allowed us to become the first Russian researchers to study the development of ethical discourse, and show the history of the emergence of bioethical discourse, in the Soviet period.

Key words: *history of medicine, bioethics, abortion ban, USSR, Stalinism, Soviet health care.*

Olga Nagornykh

The text is concerned with the academic and historical evaluation of potential of Traditional Chinese Medicine which managed to keep its importance in health support of the population in China in the middle of the twentieth century. The problem of the USSR and China's medical traditions' transformation as an integration of practices in the 1950s is also of current interest. At the time the Soviet-Chinese medical cooperation was considered to be an achievement interchange. Rethinking of the attitude to the main point of the methods of Chinese Medicine, the author points out the junctions and interactabilities of traditions and Soviet novations in Chinese health care system in 1950s and practical approval of Chinese Medicine methods for Soviet doctors.

Key words: *history of medicine, integration, Chinese traditional medicine, health care, Soviet-Chinese cooperation, medical ethic, tradition.*

**“FOR WORLD PEACE”: HUMANISM AND ETHICS OF GLOBAL SAFETY IN THE IDEOLOGICAL POLICY
OF THE SOVIET LEADERSHIP (1956–1962)**

Nataliya Shok, Nikita Pivovarov

The text is devoted to peacemaking policy of the Soviet leadership during 1956–1962, the period when the USSR gradually moved from an open confrontation to a peaceful competition. The main attention is paid to the analysis of the ideas of the Soviet leadership in the field of global biosafety and bioethics. The main sources are the materials of the highest party organs — the Central Committee of the CPSU(b)/CPSU, including documents on the preparation and participation of representatives of the USSR in various peacekeeping organizations, the correspondence of Soviet leaders with representatives of world public organizations, outstanding scientists, and ordinary people from other countries demonstrating the reaction of the Soviet leadership to militaristic and anti-human measures.

Key words: *Soviet history, history of bioethics, humanism, Central Committee of the CPSU(b)/CPSU.*

**BUSINESS TRIPS OF SOVIET PHYSICIANS IN CPR IN 1950–1960s: REALIZATION OF COLLABORATION
PLANS IN THE FIELD OF MEDICINE AND HEALTHCARE**

Olga Nagornykh, Nataliya Shok

The text is devoted to the study of organization of the Soviet doctors and specialists' business trips to China in the 1950–1960s. The goal is to determine the tasks of trips, their features, and results. The work also demonstrates previously unknown facts in historiography, based on archival data, concerning the continuation of cooperation in the field of medicine after the rupture of diplomatic

relations between the USSR and China. The content of the work is based on the materials of the Central and regional national archives. There is a contradiction in the assessment of the described events from the Soviet and foreign historiography's point of view. The content of Soviet doctors' trips organized by the Ministry of health of the USSR is considered. On the basis of business trips' reports of participants, the personal impression and views of the historical situation is noted. Issues of cooperation in the field of epidemiology, production of antibiotics, organization of sanitary traffic were touched upon. Through redefining attitude towards the value of traditional methods of treatment and diagnosis, the points of intersection and interaction of traditions and Soviet innovations in the Chinese health system of the 1950s are determined, as well as the approbation of Chinese medicine methods in the practice of Soviet doctors (on specific historical examples). The significance of these methods is discussed, as well as the relevance of their application in modern history in the historical and sociocultural context. This text notes that in the framework of bilateral agreements on scientific and technical cooperation between the countries, Soviet specialists regularly came to China to build medical campuses, assist in the organization of hospitals, and regulate anti-epidemic measures. But cooperation in the field of medicine concerned not only doctors' trips to China. Trips of technical specialists from the USSR were also an important part of organizing assistance with health care, medical and pharmaceutical industries in China. They provided significant support in the development of medical infrastructure, establishing the production of pharmaceutical industry (mainly antibiotics, etc.). Taking into account a need to reduce any ties and contacts between medical workers of both countries, the Soviet side continued to insist on the expediency of continuing the exchange of such delegations. It is important to note that cooperation was resumed later in the 1980s. The fact of cooperation's start in the field of medicine, which began earlier than the restoration of political relations, is interesting from a scientific point of view. It is established that the ethical component of the Chinese medicine combined the ideological basis of socialism and national spiritual values.

Key words: *history of medicine, historical source, business trip, Soviet-Chinese cooperation, medical care.*

BIOETHICS IN THE USSR (1960–1980s): SOCIOCULTURAL CONTEXT

Vitaliy Tikhonov

The text examines the sociocultural context of the development of bioethics in the USSR. A whole set of factors is indicated as prerequisites for the development of bioethical knowledge: the crisis of Scientific optimism, the development of the ecological movement, dissatisfaction with medical deontology, etc. The role of I.T. Frolov in the popularization of bioethics and its institutional development is particularly emphasized. The author reconstructs the history of the Russian Bioethical Committee. It is demonstrated that international contacts played a special role in the institutionalization of bioethics.

Key words: *bioethics, medical deontology, I.T. Frolov, Russian Bioethical Committee.*

Vitaliy Tikhonov

The paper analyzes the debate on the ethical issues of genetic engineering, held in the USSR in the 1960–80s. The conclusion is that the idea of «improvement» of the person using the genetics have generated considerable debate, dividing the scientific world into two parts. Genetic engineering contradicts the basic installation of the Soviet ideology of the primacy of the social over the biological, so naturally did not find support.

Key words: *genetic engineering, Soviet ideology, V.P. Efroimson, I.T. Frolov.*

RESUMPTION OF COOPERATION BETWEEN SOVIET AND CHINESE PHYSICIANS IN THE 1980s IN THE CONTEXT OF THE INTERNATIONAL SITUATION

Olga Nagornykh

The text is devoted to the problem of restoring scientific contacts and exchanges in the field of medicine between the USSR and the CPR after a diplomatic rupture. The goals, content and results of trips of Soviet physicians resumed in the mid-1980s are analyzed. Based on unpublished archival documents, the views of medical workers on Soviet-Chinese and international relations are traced. The conclusion is drawn on mutual desire of the two countries for cooperation, the boundaries of this collaboration are determined, the initiative of Soviet specialists to establish scientific contacts is shown. The new format of the scientific and medical union is also being noted.

Key words: *history of medicine, USSR, CPR, scientific diplomacy, international relations, «soft power», scientific trips.*

PHILOSOPHICAL DISCOURSE OF BIOETHICS

Nataliya Shok, Andrey Shcheglov, Boris Solozhenkin

The work examines the philosophical principles of bioethics. The authors have set themselves the complex task of laying out the duality of the problem: on one hand, the empirical principles of medicine, and on the other, to formulate the most important and substantive generalizations of the definition of ‘bioethics’ which arise from the context of ethical concepts that often come into conflict with medical practice. Bioethics is not considered as a precept for the resolution of certain medical dilemmas from the perspective of human morality, but is presented as a kind of theoretical model with inherent characteristics. The introduction of these types of transcendental qualities helps the authors to investigate the extreme limitations of the real object of study — bioethics — which enables them to reveal its essential principle. In this case, bioethics is presented not only as a subjective opinion in medicine, but is also privileged over the organic essence of the human being. Hence the significance of bioethics for medicine consists in revealing its metaphysical principles. The authors demonstrate that in a broad sense, bioethics demonstrates the complexities of resolving the moral dilemmas that arise in medicine.

Key words: *bioethics, philosophy of medicine, dilemma of bioethics, life, ethics, metaphysics.*

FROM “BIOETHICS” TO “CHRISTIAN BIOETHICS”: SIGNIFICANCE OF H.T. ENGELHARDT’S LEGACY IN TODAY’S RUSSIA

Nataliya Shok

A perception of “Christian bioethics” developed by the American philosopher Hugo Tristram Engelhardt in Russia requires a systematic interdisciplinary analysis. This is due to the realities of medical practice, as well as cultural and historical differences between the Russian and American societies. In Russia, there are certain difficulties in the open discussion of ethical issues in the public sphere. However, the recently growing participation of the Orthodox Church in public debates on the issues of medicine and biotechnology produce a basis for a reception of Engelhardt’s Christian bioethics. This text presents an analysis of how Engelhardt’s academic carrier was connected to his personal transformation, and how a “logical positivist” and physician interested in genetics, through his studies of continental philosophy, history of medicine, Catholicism and bioethics, came up finally as an founder of Christian bioethics based on Eastern Christian Orthodoxy. This analysis is purposed to expand the theoretical discussion of moral dilemmas posed at the intersection of medicine, religion and philosophy within the Russian academic discourse.

Key words: *H.T. Engelhardt, bioethics, Christian bioethics, Orthodoxy, culture wars, history of medicine, secularism, scientific biography, cross-cultural analysis.*

THE ORIGINS OF THE RUSSIAN NATIONAL COMMITTEE ON BIOETHICS: HISTORICAL, SOCIOCULTURAL AND POLITICAL CONTEXTS

Vitaliy Tikhonov

This research identifies and analyses the historical, sociocultural and political background to the establishment of the Russian National Committee on Bioethics. Soviet society was dominated by “scientific optimism”. While bioethics in the West was institutionalised as a distinct area of research as the downsides of progress in science and technology were recognised, in the USSR this was impeded by ideological constraints. Nevertheless, Ivan Frolov and Boris Yudin worked on problems of the impact of science and technology on society from the perspective of bioethics. In the years of perestroika, against the backdrop of a change in the ideological and intellectual atmosphere, problems including environmental issues and those directly related to bioethics were discussed in public more and more. At the same time, bioethics was being institutionalised. For example, the International Association of Bioethics was established in 1990, and Soviet scientists were invited to join it. This required establishing a Soviet national committee, which Frolov set about organising. On the basis of archive material, this text provides a detailed analysis of a meeting of the Presidium of the Soviet Academy of Sciences on 29 October 1991, which proved to be a landmark event in the history of bioethics in Russia. This meeting revealed two things: that the Presidium’s scientists were poorly informed about bioethical issues, and that public interest in such issues was growing. As such, general trends in the development of science, and an understanding of the social and humanitarian challenges went hand in hand with the emergence of a more questioning society and political liberalisation in the wake of perestroika. In terms of the social history of science, the crisis of consciousness in Soviet society in the late 1980s, when it became possible to speak of its backwardness in many areas of life, including those directly related to bioethics, also played a certain role. In addition, the development of the field of bioethics in Russia was due in no small part to the initiative shown by Academician Frolov.

Key words: *bioethics, Russian National Committee on Bioethics, I.T. Frolov, history of science, history of medicine.*

TRANSFORMATION OF THE SUBJECT IN BIOETHICS: FROM AN AUTONOMOUS PERSON TO COSMOPOLITAN

Boris Solozhenkin

The purpose of this research is to trace the development of the idea of subjectivity in bioethics, starting from the level assumed by the prevailing model of personal autonomy up to the cosmopolitan dimension innate to the global model proposed by V.R. Potter. In this text, autonomy is considered in the more general context of the individualization of Western societies. As revealed in this paper autonomy is inherently dependent on the idea of human well-being and the values of individualism and therefore can be reduced to individual decisions. This devaluation of personal autonomy finds justifiable criticism among bioethicists. The concept of the subject is restored in the frame of the substantive model of autonomy indicating the inextricable connection of a choice and a common personal perspective. Such individualistic approach to the subject is initially limited. Being concentrated on the behavior of a rational individual it localizes all relevant ethical cases. It significantly implies on modern situation with global problems: they cease to be noticed and moreover become intimidated

due to their individualistic description. This approach to the subject is thus inadequate and needs to be replaced. For this purpose, the difference between two traditions within bioethics must be overcome: an autonomous person and cosmopolitan remain the two significant models of subjectivity, and the bridge between them has never been built. The text explores the possibility of such a transition to a cosmopolitan position on the classic example from The Phenomenology of Spirit. We can conclude that the current position of theory of subject is tenuous on both flanks of bioethics. When it loses the message of subjectivity and becomes a servant of the technological approach, we get just another version of medical ethics and lose the long-term perspective appropriate for the cosmopolitan world.

Key words: *personal autonomy, cosmopolitan, Potter, subjectivity, global bioethics, individualization, Phenomenology of spirit, Principles of biomedical ethics.*

ETHICAL DILEMMAS OF SURROGACY: CHRISTIAN DISCOURSE IN CONTEMPORARY SOCIOCULTURAL CONTEXT

Roman Tarabrin

The text assesses bioethical issues of surrogacy from a Christian perspective and the possibility of adopting a cryopreserved embryo in the current sociocultural context. Pregnancy of an adopting woman represents only a visible, technical similarity to the surrogacy; it is now commonly called “snowflake adoption”. In fact, such a pregnancy implies a different meaning and different goals. The study considers the following ethical dilemma: an invasion into marital union while using surrogacy for embryo adoption versus the potential death of an embryo in the absence of surrogacy. Any person, as Christian anthropology claims, originates from the first moment of conception. Therefore, respect for personal dignity includes the preservation of life and health at the embryonic stage even in a cryopreserved state. The potential death of a frozen embryo would be considered a more significant ethical evil than the intrusion of an adoptive mother into a marital union. Thus, snowflake adoption can be ethically justified to save a cryopreserved embryo if a woman adopts it and will raise the born child.

Key words: *surrogacy, in vitro fertilization, snowflake adoption, reproductive technologies, bioethics.*

THE BASIC CONCEPTS OF BIOETHICS IN THEIR PHILOSOPHICAL-ANTHROPOLOGICAL PERSPECTIVE: ON THE DIALECTICS OF LIFE AND DEATH

Boris Solozhenkin

Based on the materials of classical philosophy, Hegelian Phenomenology and Heideggerian thought, the author reveals the common dialectics of life and death for them, reflecting on its relation to human existence, culture and bioethics. The author points to a number of structurally significant moments in the formation of a holistic philosophical discourse of bioethics, corresponding to its contemporary problems.

Key words: *life, death, bioethics, metaphysics, existence, dialectics.*

The study attempts to discuss one of the most important components of the fundamental and multifaceted problem of global health associated with the Soviet-Chinese cooperation in the field of medicine in the 1950s. The attention is focused on the continuity of cultural and scientific rapprochement between Russia and China. Based on documentary evidence stored in the archival funds of the USSR Ministry of Health Care and the Directorate for Scientific and Technical Cooperation, a provision is made about the dual nature of interaction. On the one hand, it is shown that the Government of the Chinese People's Republic borrowed the medical technologies of USSR as a country with a similar ideology, but, on the other hand, it is noted that against this background, in certain areas of cooperation the cultural and value-semantic specificity of this country was maintained, while impeding transfer of the Soviet medicine's ethos.

Key words: *history, health, archive, medical technologies, P.R.C., USSR, the Directorate of Scientific and Technical Cooperation.*

ORTHODOX PERSPECTIVES ON IN VITRO FERTILIZATION IN RUSSIA

Roman Tarabrin

The views on in vitro fertilization (IVF) within Russian Orthodox Christian society are diverse. One reason for that variation is the ambiguity found in "The Basis of the Social Concept," the document issued in 2000 by the Russian Orthodox Church and considered to be the primary guidelines for determining the Church's stance on bioethics. This essay explores how the treatment of infertility reconciles with the Orthodox Christian faith and what methods of medical assistance for infertility may be appropriate for Orthodox Christians. The focus here is on IVF because it is among the most widely used methods to overcome childlessness, and the permissibility of IVF is the object of disagreement among Orthodox. The text defines criteria that can help to discern what is absolutely wrong and must be avoided from what only falls short of the mark, but not very far, for Orthodox Christians. If treatment of the underlying causes of infertility has failed or promises no hope and a husband and a wife do not feel able to carry the Cross of infertility, then from pastoral dispensation they might be blessed to use ethically acceptable variants of IVF. IVF has many variants that are different in their spiritual influence on a person. Orthodox Christians pursuing IVF should seek spiritual guidance and a blessing to pursue IVF. They must not form more embryos than will be transferred in the same cycle. Freezing, discarding, or reduction of embryos is forbidden. Infertile couples ought to use only their reproductive cells. The use of donor gametes is unacceptable. Any embryo formed ought to be transferred into the wife's womb, and the use of surrogates is impermissible. Only a husband and wife who are able to maintain their marital union and where the wife is still of childbearing age should be blessed to use IVF.

Key words: *donor gametes, gestational carrier, in vitro fertilization, infertility, Orthodox Christian, reproductive ethics, surrogacy.*

The text is based on an interview with Professor Mildred Solomon, the president of the Hastings Centre, one of the oldest and largest independent bioethics research organizations in the USA. The research aims not only to explain what bioethics is; it largely aims to analyze how bioethics can (1) impact science using sociological research and make changes to the clinical practice creating new forms of interactions and policies in public health protection; (2) influence national and international regulations in health care; (3) facilitate the launch of interdisciplinary teams, independent platforms dealing with civic activities; (4) help form a global network of educational and research centers through civic engagement in order to study national aspects of bioethics, to conduct scientific exchange and projects designed to build global health bioethics. This aspect is illustrated by analytical materials and a civic initiative of 1,400 bioethical researchers and U.S. healthcare workers who addressed their recommendations on adjustments to the state anti-epidemic measures to the federal government.

Key words: *bioethics, The Hastings Center, interview, Mildred Solomon, Ivan Frolov, responsibility of science, global healthcare, public health, sociological research in bioethics, clinical practice, ethics and coronavirus (SARS-CoV-2).*

Михаил Александрович Ведешкин, кандидат исторических наук, Институт всеобщей истории РАН; Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации; Приволжский исследовательский медицинский университет. E-mail: Balatar@mail.ru

Mikhail A. Vedeshkin, Candidate Of Historical Sciences, Institute of World History of Russian Academy of Science; Institute for Social Sciences of the Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration; Privolzhsky Research Medical University. E-mail: Balatar@mail.ru

Ольга Станиславовна Нагорных, кандидат исторических наук, доцент кафедры социально-гуманитарных наук, Приволжский исследовательский медицинский университет. E-mail: aldan12@yandex.ru

Olga S. Nagornyykh, Candidate Of Historical Sciences, Associate Professor, Department of Social Sciences and Humanities, Privolzhsky Research Medical University. E-mail: aldan12@yandex.ru

Филипп Валерьевич Петров, кандидат философских наук, Приволжский исследовательский медицинский университет. E-mail: beionyt@mail.ru

Filipp V. Petrov, Candidate Of Philosophical Sciences, Privolzhsky Research Medical University. E-mail: beionyt@mail.ru

Майя Станиславовна Петрова, доктор исторических наук, доцент, главный научный сотрудник Института всеобщей истории РАН; Приволжский исследовательский медицинский университет. E-mail: beionyt@mail.ru

Maya S. Petrova, Doctor of Science in History, Associate Professor, Chief Research Fellow, RAS Institute of World History; Privolzhsky Research Medical University. E-mail: beionyt@mail.ru

Никита Юрьевич Пивоваров, кандидат исторических наук, доцент кафедры гуманитарных наук Института социальных наук, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет); научный сотрудник кафедры социально-гуманитарных наук, Приволжский исследовательский медицинский университет. E-mail: pivovarov.hist@gmail.com

Nikita Y. Pivovarov, Candidate Of Historical Sciences, Associate Professor, Department of Humanities, Institute of Social Sciences of First Moscow State Medical University (Sechenov University); Privolzhsky Research Medical University. E-mail: pivovarov.hist@gmail.com

Борис Сергеевич Соложенкин, кандидат философских наук, Приволжский исследовательский медицинский университет. E-mail: gerzhogzdes@mail.ru

Boris S. Solozhenkin, Candidate of Philosophical Sciences, Privolzhsky Research Medical University. E-mail: gerzhogzdes@mail.ru

Роман Евгеньевич Тарабрин, ассистент кафедры гуманитарных наук, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет); Приволжский исследовательский медицинский университет. E-mail: romanscript@yandex.ru

Roman E. Tarabrin, Assistant, Department of Humanities, First Moscow State Medical University (Sechenov University); Privolzhsky Research Medical University. E-mail: romanscript@yandex.ru

Виталий Витальевич Тихонов, доктор исторических наук, ведущий научный сотрудник Института российской истории РАН; Историко-архивный институт; Российский государственный гуманитарный университет; Приволжский исследовательский медицинский университет. E-mail: tihonovvitaliy@list.ru

Vitaliy V. Tikhonov, Doctor of Science in History, Leading Researcher of the RAS Institute of Russian History; Russian State University for the Humanities; Privolzhsky Research Medical University. E-mail: tihonovvitaliy@list.ru

Наталья Петровна Шок, доктор исторических наук, профессор кафедры социально-гуманитарных наук, Приволжский исследовательский медицинский университет. E-mail: shok.nataliya@gmail.com

Nataliya P. Shok, Doctor of Science in History, Professor, Department of Social Sciences and Humanities, Privolzhsky Research Medical University. E-mail: shok.nataliya@gmail.com

