

# АНТРОПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ БИМЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Б. Г. Юдин

В статье предлагается новый - антропологический - подход к этике биомедицинских исследований, предполагающий попытку увидеть в ней не столько препятствие, сколько возможность рассчитывать на получение более объемного знания о человеке, который выступает в качестве испытуемого в этом исследовании.

*Ключевые слова:* биомедицинские исследования, антропология, вмешательство, человек.

## THE ANTHROPOLOGICAL BASES OF BIOMEDICAL RESEARCHES

B.G. Yudin

In the article a new anthropological approach to ethics of the biomedical researches is offered. It assumes an attempt to see in it not so much an obstacle, but rather an opportunity for getting more volumetric knowledge about the man who is the object of the examination in this research.

*Keywords:* biomedical researches, anthropology, intervention, the man.

Современная биомедицина чрезвычайно интересна с философской точки зрения. Разумеется, она вполне может, да и должна, восприниматься как один из частных - а значит, ограниченных - разделов научного познания. Однако сегодня биомедицина, на мой взгляд, представляет собой фокальную точку развития науки – такую, в которой раньше и вместе с тем рельефнее, чем во всех других, проявляются многие глобальные тенденции, значимые для науки в целом.

Так, по словам одного из ведущих американских специалистов по биоэтике Д. Кэллэхэна, бюджет Национальных институтов здравоохранения (НИЗ) – крупнейшего не только в США, но и в мире центра биомедицинской науки – ежегодно увеличивается на 10-15%. Выступая на заседании Президентского совета по биоэтике США в июле 2003 г., он заметил: «Бюджет НИЗ – это какое-то чудо. Насколько я знаю, до сих пор он остается единственным бюджетом, который каждый год растет, а не уменьшается. ... В последние годы имели место дискуссии по поводу приоритетов НИЗ, но в

целом рост бюджета никогда не вызывал возражений, а президент – будь он демократ или республиканец – обычно каждый год что-то добавляет к бюджетной заявке НИЗ. Конгресс же всегда считает это решение неадекватным и заставляет выделять еще больше денег, что, конечно же, не может не радовать НИЗ»[1].

Исследователи отмечают, что за период с 1993 по 2003 годы произошло двукратное увеличение финансирования биомедицинских исследований в США, направленных на создание новых ЛС,[2] - лишь одного, хотя на сегодня, безусловно, наиболее объемного и затратного, раздела БМИ.

При таком распределении приоритетов оказывается, между прочим, что некоторые из классических разделов биологии отступают на второй план. На ведущие же позиции выходят те области исследований, которые более определенно и непосредственно ориентированы, во-первых, на медицину, а стало быть, на человека и, во-вторых, на технологические приложения.

Современная наука, как отмечалось более 20 лет назад в нашей с И.Т.Фроловым книге «Этика науки», все в большей степени делает самого человека объектом изучения, и «именно на этом участке сосредоточены те «болевые точки» современной науки, для понимания которых особенно необходимы средства социально-этического анализа; именно здесь обнаруживается невозможность и даже опасность как для науки, так и для человека разрыва связей между научным познанием и человеческими ценностями»[3]. Сегодня эти тезисы выступают как констатация чего-то самоочевидного, нуждающегося не столько в обосновании, сколько в развертывании на богатейшем конкретном материале.

Действительно, развитие биомедицины как одной из ключевых сфер познания человека ставит перед философией широкий круг проблем самой разной природы – и когнитивных, и относящихся к социальным механизмам производства и функционирования научного знания, и ценностных, и этических, касающихся как внутри-, так и внешненаучных механизмов и

структур этического регулирования исследований [4]. В данной статье будет предпринята попытка обозначить те антропологические предпосылки, на которые опирается исследовательская деятельность в биомедицине; для этого, правда, мне придется в той или иной мере касаться каждой из перечисленных проблемных областей.

\*\*\*

Понятие биомедицинского исследования (БМИ), вообще говоря, можно интерпретировать широко, включая в него все те исследования, которые проводятся на любых живых объектах. В последние десятилетия, однако, стало принято относить это понятие не к любому исследованию в области биологии и (или) медицины, а только к такому, в котором в качестве испытуемого выступает человек. Это обстоятельство – участие в исследовании человека – влечет за собой множество самых разнообразных последствий.

Прежде всего, следует обратить внимание на то, что тематика, проблематика, стандарты организации и проведения этих исследований исторически формировались под воздействием не только биологической науки, но и в значительной мере – потребностей медицинской практики. Более того, согласно М. Фуко, например, именно клиника явилась тем институтом, в рамках которого зарождались биомедицинские исследования в их современных очертаниях. С появлением в конце XVIII – начале XIX вв. клиники как социальной формы организации массовой медицинской помощи, рассчитанной на бедные слои населения, богатые, оплачивая такую помощь, извлекают из нее и собственное благо. Богатый, пишет Фуко, получает «пользу от помощи, оказываемой бедным госпитализированным: платя за то, чтобы их лечили, на самом деле он заплатит за то, чтобы лучше были изучены болезни, которыми он сам может быть поражен»[5].

Между прочим, во многом благодаря этой теснейшей связи с повседневной, рутинной медицинской практикой клинические исследователи в общем и целом счастливо избегали тех проблем практического

«внедрения» полученных результатов, с которыми приходилось мучиться представителям других областей научного знания. Более того, именно в биомедицине впервые формировались институциональные структуры и механизмы, обеспечивающие устойчивое взаимодействие исследовательской лаборатории с клиникой. Сегодня клиническая практика не только непрерывно подпитывается тем, что достигнуто в исследовательских лабораториях, не только выступает в качестве полигона для проверки, корректировки, отработки исходящих из лаборатории новаций, но и сама, в свою очередь, столь же непрерывно генерирует проблемы, требующие все новых и новых исследований. Именуя такую практику рутинной, следует иметь в виду, что рутинность в данном случае отнюдь не носит застойного характера, что она, напротив, весьма динамична, поскольку предполагает непрерывно расширяющиеся объемы новых научных знаний.

В высшей степени примечательна с этой точки зрения нынешняя тенденция все более широкого распространения доказательной медицины (evidence-based medicine). Доказательная медицина – это феномен, заслуживающий специального обсуждения[6], в том числе и философского. Здесь же стоит обратить внимание на то, что исходный замысел доказательной медицины можно было бы описать так: вся медицинская практика, без какого бы то ни было изъятия, должна быть построена на научной основе, т.е. исходя из данных, полученных и обоснованных в ходе биомедицинских исследований. Иными словами, все манипуляции, совершаемые врачом, и все его предписания должны опираться не на его опыт и интуицию, а на четкие, однозначно понимаемые стандарты. Сами же эти стандарты строятся на такой достоверной основе, как результаты проведенных ранее биомедицинских исследований.

Предполагается, таким образом, что в идеале вся совокупная медицинская практика должна быть реконструирована, превратившись в приложение и продолжение биомедицинского исследования, разумеется, тоже совокупного. А для этого необходимо прежде де-конструировать, дойти

до мельчайших деталей с тем, чтобы каждую такую деталь подвергнуть рефлексии, проводимой с помощью научно-исследовательских средств и методов. Иными словами, вся эта совокупная медицинская практика изначально должна быть представлена как некоторое законосообразно организованное целое, которое затем подвергается мысленному расчленению на отдельные элементы. В итоге же должны быть найдены и статистически обоснованы параметры оптимального функционирования всякого такого элемента. Скажем, любое предписание врача будет оправдываться тем, что в ходе проведенных ранее клинических исследований, в которых участвовали пациенты с тем же самым диагнозом, именно этот препарат именно в этой дозировке показал наилучший результат[7].

В конечном счете через жернова доказательной медицины надлежит пройти каждой отдельной детали медицинской практики. К примеру, на научной основе должно быть оптимизированы такие параметры, как количество, продолжительность, частота и т.д., вплоть до содержания, контактов между лечащим врачом и пациентом. И, далее, оптимизации требуют действия не только врачей, но и всего другого медицинского персонала – и медсестер, и специалистов, обслуживающих разнообразную медицинскую аппаратуру, и фармацевтов, контролирующих то, как организм пациента реагирует на те или иные препараты и их сочетания, и менеджеров, организующих согласованное взаимодействие всех тех, кто вовлечен в обслуживание пациента... Мы можем утверждать, следовательно, что развитие доказательной медицины демонстрирует стремление выстроить на научной основе (предварительно сделав объектом всеобъемлющих исследований) всю медицинскую практику в целом.

\*\*\*

Важно, далее, различать два типа БМИ – один из них, более традиционный, связан с тем, что называют *медицинским вмешательством* (в дальнейшем для краткости будем говорить просто о вмешательстве), т.е. речь идет о непосредственном воздействии на биологический организм и (или)

психику испытуемого. Интенсивность такого рода вмешательств может варьировать в самых широких пределах – от приема испытуемым таблетки, забора капли крови или вопроса, в котором интервьюер касается интимной темы, до испытания новой терапевтической технологии, длительного подключения к какой-либо установке, такой, например, как аппарат искусственной вентиляции легких, или даже хирургической операции.

Вот как интерпретируется термин «вмешательство» в документе Совета Европы, посвященном биомедицинским исследованиям. Речь идет о Пояснительном докладе, сопровождающем Протокол о биомедицинских исследованиях, который, в свою очередь, является дополнением к Конвенции о биомедицине и правах человека: «... термин «вмешательство» означает физическое вмешательство. Данный термин включает другие типы вмешательства в той мере, в какой они представляют угрозу психическому здоровью лица. Термин «вмешательство» следует толковать в широком смысле; в контексте настоящего Протокола он включает все действия медиков и все виды взаимодействия, касающиеся здоровья или благополучия лиц в рамках систем здравоохранения или любой иной структуры в целях научных исследований... Исследования с применением опросов, интервью и наблюдения в контексте Протокола о биомедицинских исследованиях представляют собой вмешательство, если они влекут за собой риск для психического здоровья лица. Опросы или интервью могут представлять угрозу психическому здоровью участника исследований, если они содержат вопросы интимного характера, способные нанести психологический вред»[8].

В общем и целом всякое вмешательство, осуществляемое в ходе исследования, моделирует определенную процедуру – диагностическую, профилактическую, терапевтическую, из числа тех, что составляют рутинную медицинскую практику. Важно отметить при этом, что в исследовании каждое вмешательство бывает сопряжено с некоторым риском для здоровья, благополучия, биологической или психической целостности, а может быть, и самой жизни испытуемого.

Конечно, и любое рутинное медицинское вмешательство несет в себе какую-то долю риска. В этом случае, однако, он обычно считается более приемлемым и морально оправдывается по несколько иным основаниям, чем тот риск, который проистекает из участия в исследовании. Идти на риск, связанный с рутинной терапевтической процедурой, пусть даже и весьма сложной, такой, скажем, как имплантация органа, пациента побуждают его собственные интересы, а не интересы науки или человечества (т.е. будущих пациентов)[9].

В свою очередь, и участник исследования может соглашаться стать испытуемым, руководствуясь не столько интересами науки или общества, сколько стремлением получить благо для самого себя, скажем, лечение новым, предположительно более эффективным, чем все существующие, препаратом. Но сам препарат в ходе исследования еще только должен пройти проверку, так что его эффективность и даже безопасность отнюдь не гарантированы, а риск для здоровья, благополучия, самой жизни испытуемого никак не исключен. Давая согласие участвовать в исследовании, он тем самым осознанно принимает на себя и связанный с этим риск.

Второй тип БМИ не предполагает вмешательств – объектом изучения в этом случае являются персональные данные индивидов либо биологические образцы, т.е. изъятые у них ранее для каких-то иных, например диагностических, целей фрагменты биологических тканей. Прогресс современной биомедицины ведет к тому, что исследования, проводимые на такого рода объектах, позволяют получать все большие объемы ценной научной информации. Риск для участников исследования в этом случае не связан непосредственно с угрозой их здоровью, он носит принципиально иной характер – возникает опасность несанкционированного доступа посторонних лиц к весьма чувствительной информации, касающейся, скажем, их генетически обусловленных органических или поведенческих признаков, наследственной предрасположенности к тем или иным

заболеваниям и т.п.

\*\*\*

С точки зрения социальной организации БМИ претерпевают сегодня достаточно быструю эволюцию, в ходе которой на них накладывается все более разветвляющаяся сеть социальных взаимосвязей и взаимодействий. Очевидно, что в любом БМИ имеет место взаимодействие по крайней мере двух сторон – испытуемого и того, кто проводит исследование. В современной практике биомедицинских исследований, однако, таких сторон оказывается намного больше. В их число входят и тот, кто финансирует исследование (спонсор), и тот, кто участвует в этической экспертизе исследовательского проекта (член этического комитета), и тот, кто выражает интересы популяции, представители которой выступают в качестве испытуемых, и, наконец, тот, кто представляет контрактную исследовательскую организацию – посредника между фирмами-спонсорами и исследователями [10]. Каждая из этих сторон имеет свои специфические интересы, которые далеко не всегда совпадают с интересами других сторон, что порождает многообразные конфликты, зачастую требующие этического и (или) правового регулирования. Мы, впрочем, ограничимся здесь тем, что касается только двух из перечисленных сторон – исследователя и испытуемого.

Каждое отдельное БМИ можно интерпретировать как эксперимент, который призван расширить наши познания о свойствах того или иного лекарственного препарата, устройства, метода воздействия на человека и т.п. Необходимость проведения эксперимента бывает обусловлена потребностями развития какого-то конкретного раздела биологии, медицины или другой области знания.

Вместе с тем исследователя интересует не только сам по себе изучаемый препарат, но и тот эффект, который этот препарат вызывает в организме и (или) психике человека. Понятно, что речь идет о получении таких новых знаний, которые относятся не только и не столько к данному



конкретному испытуемому, сколько к человеку как таковому либо к определенной категории людей, выделенной по тем или иным признакам. К примеру, это может быть популяция мужчин в возрасте от 40 до 50 лет, страдающих от ишемической болезни сердца. Задачей же исследования в этом случае может являться, скажем, определение того, как изучаемый препарат воздействует на уровень кровяного давления. Все эти характеристики как изучаемого препарата, так и той категории испытуемых, на которых будет изучаться его действие, так или иначе фиксируются исследователем и отображаются им в исследовательской документации.

Представим себе теперь интегральную совокупность таких экспериментов, взятую безотносительно к дисциплинарной определенности каждого из них. Мы обнаружим при этом, что она дает нам некое новое знание, касающееся не только изучаемых препаратов, устройств и т.п., не только тех или иных возникающих у человека патологий и путей борьбы с ними, но и человека как такового, того, что человек может и чего он не может. Иными словами, научные исследования сегодня во все больших масштабах направляются на познание, с одной стороны, самых разных способов воздействия на человека и, с другой стороны, возможностей самого человека. Наиболее характерным выражением и того, и другого как раз и являются многочисленные эксперименты, включая биомедицинские, в которых человек участвует в качестве испытуемого. В этом смысле вполне естественным будет понимание биомедицины как антропологии (точнее, как одной из ряда возможных антропологий) [11].

\*\*\*

Очевидно, при проведении БМИ исследователь абстрагируется от множества деталей и частных, касающихся каждого отдельного испытуемого, его жизненных интересов и устремлений. Из всего этого многомерного пространства исследователь в соответствии со своими задачами (и, что для меня особенно важно, установками) «вырезает» определенное подпространство, с которым он и работает.

Таким образом, человек вообще и человек-как-испытуемый – это далеко не одно и то же. Под антропологией биомедицинского исследования я и буду понимать выявление тех установок, тех предпосылок относительно человека как испытуемого, которыми руководствуется исследователь, планирующий и реализующий свой научный проект. Несмотря на то, что эти предпосылки чаще всего не осознаются исследователем, они, тем не менее, в существенной мере определяют круг проблем, которые могут осмысленно ставиться как проблемы, подлежащие изучению, и которые в принципе представляются потенциально разрешимыми в ходе исследования. Иными словами, если исследование вообще понимать как вопрошание, тогда то, что мы, собственно говоря, вопрошаем, в существенной степени обусловлено тем, у чего и о чём (т.е. каковы именно объект и предмет нашего исследования) мы вопрошаем.

Когда же речь идет об исследовании, проводимом на человеке, то здесь, по сравнению со всеми другими исследованиями, возникает дополнительная сложность. Здесь уже важно не только то, *о чём* мы вопрошаем, но также и то, *у кого* мы вопрошаем (к примеру, если речь идет о БМИ, то помимо изучаемой болезни имеет значение и то, что болезнью этой страдает человек, который участвует в исследовании). И это различие порождает массу самых разнообразных последствий, что, собственно говоря, и дает основания говорить об антропологии БМИ как особой проблемной области.

Трудность, однако, состоит в следующем. Вообще говоря, не существует каких-то однозначных критериев, которые позволяли бы четко отграничить познавательный аппарат – предпосылки, методы, средства и т.п., - приемлемый для исследования человека (или исследования на человеке, или исследования с участием человека) от аппарата, который применим для исследования того, что (или кто) человеком не является. А это значит, что априорно мы не можем провести жесткой грани и между исследованиями, проводимыми на каком-либо неодушевленном объекте, да даже на

высокоорганизованном животном, с одной стороны, и на человеке – с другой. Такого рода критерии, иначе говоря, идут не от самого по себе объекта исследования – они привносятся исследователем, заимствующим их из превалирующих в данное время в культуре представлений о том, что такое человек, как он выделен из мира вокруг него и как связан с этим миром. И уже на основе этих представлений формируются те ценностные и моральные установки, которые определяют, какие исследовательские вмешательства являются допустимыми, а какие – нет.

В свою очередь, сама практика проведения исследований с участием человека не только артикулирует существующие здесь и теперь представления о человеке, но вместе с тем выступает и как одна из областей, в рамках которых эти представления подвергаются конкретизации, уточнению, модернизации и даже, может быть, серьезному переосмыслению. Здесь следует подчеркнуть то обстоятельство, что, вообще говоря, современные биомедицинские технологии в своем развитии очень часто ставят нас перед ситуациями, когда приходится определять грани, отделяющие человеческое от нечеловеческого. И в каждом случае проведение такой грани оказывается проблематичным. Это относится, например, к технологиям искусственной репродукции человека, в контексте которых со всей остротой встает вопрос о разграничении того, что еще не является человеком, и уже ставшего человека. Это относится и к жизнеподдерживающим технологиям, применение которых порождает проблему отграничения собственно человеческого существования от существования того, что уже становится не более чем человеческими останками. Подобные проблемы возникают и в связи с перспективами создания технологий, которые направлены на генетическую модификацию человека [12].

Таким образом, антропология БМИ выступает в качестве одного из возможных путей осмысления природы человека, характерного тем, что природа человека берется в этом случае в граничных, крайних точках ее

проявления. Вместе с тем антропология БМИ – это и осмысление того, что такое вообще есть БМИ и, далее, того, что мы, методологически грамотно подходя к проектированию БМИ, вправе рассчитывать получить при его проведении.

\*\*\*

Теперь речь пойдет о двух различных вариантах антропологии БМИ, резкие расхождения между которыми могут доходить до противоположности. Первый из них является изначальным и, с исторической точки зрения, он же, вообще говоря, всем нам представляется и более привычным, а то и вообще единственно возможным. Его, быть может, самое контрастное выражение можно будет найти, вернувшись ко временам Второй мировой войны.

В те годы в оккупированном Японией Китае, недалеко от Харбина, действовал японский исследовательский центр – знаменитый «Отряд 731». Его главной задачей была разработка биологического оружия. Те или иные разновидности этого оружия испытывались в ходе экспериментов на людях; в качестве испытуемых использовались заключенные, которых привозили в специальную тюрьму, расположенную на территории этого отряда. Эксперименты, проводившиеся отрядом 731, отличались крайней жестокостью, что было зафиксировано на судебном процессе, проходившем в конце 1949 г. в Хабаровске [13].

Следует заметить, что эти бесчеловечные эксперименты проводились в массовых, можно сказать, индустриальных масштабах. Так, за время с 1940 по 1945 г. количество испытуемых (для каждого из них итогом участия в эксперименте становилась смерть, часто крайне тяжелая и мучительная) в тюрьме отряда 731 составило не менее 3 тыс. человек [14]. Каковы же были ценностные основания и моральные предпосылки, которые делали возможными такие исследования? Этот вопрос можно переформулировать и так: каким должно было быть понимание человека у тех, кто считал допустимым подвергать пыткам и жестокостям так много людей? Если

отдельный акт жестокости можно было бы считать случайностью, то для того, чтобы обосновать проведение подобных исследований в таких масштабах, требовались какие-то рационализации.

Прежде всего необходимо было каким-то образом проводить различие между «мы», т.е. самими исследователями и теми, кого они относили к той же самой категории людей, с одной стороны, и «они», т.е. теми, кто относится к другой категории и в какой-то мере могут рассматриваться как «не совсем люди». На людей этой категории, следовательно, может не распространяться золотое правило нравственности.

Наиболее распространенным основанием для такого различия являются характеристики расы, этничности и т.п. И в нашем случае этот критерий был использован. По словам американского историка Джона Доуэра, японцы исходили из концепции своего расового превосходства: «Первой, господствующей расой являются японцы, вторая группа – это родственные расы, такие, как китайцы и корейцы, а третья группа – это такие островные народы, как, например, самоанцы. Все неазиатские расы рассматривались как низшие формы жизни, которые должны быть в подчинении у японцев»[15].

Здесь, впрочем, возникают некоторые проблемы, связанные с «валидностью» результатов исследований, проводимых на представителях «низших рас», с тем, насколько эти результаты могут быть перенесены на других людей. Действительно, как – с точки зрения тех, кто исходит из расовых концепций – может быть обеспечена переносимость результатов, полученных на одних расовых группах, на другие? С помощью такого рода экспериментов можно получить биомедицинские знания, нацеленные на разрушение врагов, но, строго говоря, без подобных экспериментов на испытуемых, которые рекрутированы из популяции «мы», нельзя гарантировать что, полученные знания будут применимы и для защиты собственных военнослужащих.

Известно, что в несколько ином контексте эта же проблема обсуждалась и в нацистской Германии. Так, когда «исследователи» решили провести серию экспериментов, которые должны были завершиться смертью испытуемых, предполагалось использовать в качестве испытуемых цыган. Однако между «исследователями» разгорелась дискуссия по поводу того, будут ли данные, полученные в ходе экспериментов на цыганах, применимы к людям арийской расы. (Цель этих экспериментов состояла в выяснении того, как недостаток кислорода на больших высотах будет сказываться на состоянии и работоспособности пилотов истребителей.) В конце концов решение пришлось принимать Гиммлеру, который распорядился таким образом, что данные, полученные в экспериментах на цыганах, вполне могут быть применены и к арийцам.

Таким образом, расовые вопросы играли существенную роль в выборе испытуемых и в нашем случае. Японцы в этом качестве не использовались, хотя большинство испытуемых были представителями «родственной расы», китайцами. А это значит, что расовый критерий был не единственным, на основании которого проводилось различие между «мы» и «они».

Другим основанием, которое использовалось в этой связи, было то, что испытуемые выбирались из представителей враждебных государств, с которыми уже велась либо предполагалась война. Безусловно, «законы военного времени» часто служат основанием для оправдания жестокостей, включая бесчеловечные эксперименты на людях. Но в данном случае эта аргументация была развита генерал-лейтенантом Исии Сиро, который был не только руководителем отряда 731, но и главным идеологом и теоретиком бактериологической войны. Согласно Исии, «военная медицина состоит не только в лечении и превентизации, подлинная военная предназначена для нападения» [16].

В самом по себе использовании в рамках японской программы создания биологического оружия названных критериев для того, чтобы проводить различие между «мы» и «они» (к категории «они» при этом могут

относиться и пленные, и преступники и т.п.), нет ничего специфического. Что стало действительно уникальным и может оцениваться как важное изобретение в сфере социально-психологических технологий – это разработка особого понятия, которое использовалось для обозначения испытуемых. Японцы, как исследователи, так и обслуживающий персонал отряда 731, называли испытуемых «марута», что переводится на русский как бревно. Здесь мы имеем дело с чрезвычайно характерным примером социального конструирования. По сути дела был создан новый тип существ, у коих некоторые свойства были вполне человеческими, но тем не менее они, эти объекты, не воспринимались как люди в собственном смысле слова – в них видели недолюдей.

Согласно показаниям одного из обвиняемых на Хабаровском процессе, генерал-майора Кавасима Хиоси, термин «бревна» использовался сотрудниками отряда «в целях конспирации» [17]. Однако эта цель была далеко не единственной. Японский писатель С. Моримура, написавший книгу «Кухня дьявола», в которой описываются организация и деятельность отряда 731, приводит такое свидетельство бывшего служащего отряда: "Мы считали, что "бревна" не люди, что они даже ниже скотов. Среди работавших в отряде ученых и исследователей не было никого, кто хотя бы сколько-нибудь сочувствовал "бревнам". Все: и военнослужащие, и вольнонаемные отряда — считали, что истребление "бревен" — дело совершенно естественное" [18].

Здесь, как мы видим, отмечается «нечеловеческая» природа испытуемых – они воспринимаются как не более чем неодушевленный материал для опытов. Безусловно, такое восприятие испытуемых является средством психологической защиты исследователей и персонала отряда 731. Х. Акияма, бывший сотрудник отряда, занимавшийся перевозкой «бревен» и уборкой трупов, вспоминал, что требовалось определенное время, чтобы стать равнодушным к страданиям тех, кого он привыкал воспринимать как бревна [19].

Наряду с психоэмоциональным «марута-технология» имела и социальный смысл. Действительно, в единичном случае было бы весьма трудно воспринимать человека как бревно. Если, однако, кого-то (и всех окружающих) снова и снова будут побуждать согласиться с таким отождествлением, то рано или поздно он начнет соглашаться с этим.

Применение марута-технологии порождает двойной эффект. Во-первых, зло, такое, как жестокие эксперименты на людях, если оно совершается систематически, превращается в обычную, рутинную практику, которая уже не может вызывать такие сильные чувства, как отвращение. Зло становится банальностью[20]. Во-вторых, эта технология оказалась довольно эффективной в качестве технологии не только *деперсонификации* – отождествляя человека с бревном, исследователь перестает видеть в нем личность, но, более того, и *дегуманизации* – такое отождествление позволяет «абстрагироваться», как от личностного, так и вообще от человеческого начала в человеке. Выяснилось, что некоторые биомедицинские эксперименты на людях можно проводить только тогда, когда исследователи перестают видеть в своих испытуемых людей.

У Моримурэ есть такое весьма важное рассуждение:

«"Бревнам" не нужны были человеческие имена. Всем пленным отряда давали трехзначные номера, в соответствии с которыми их распределяли по оперативным исследовательским группам в качестве материала для опытов. В группах не интересовались ни прошлым этих людей, ни даже их возрастом.

В жандармерии, до отправки в отряд, каким бы жестоким допросам их ни подвергали, они все же были людьми, у которых был язык и которые должны были говорить. Но с того времени, как эти люди попадали в отряд, они становились всего лишь подопытным материалом — "бревнами" — и никто из них уже не мог выбраться оттуда живым».[21]

В числе документов, фигурировавших на Хабаровском процессе, были опубликованы выдержки из «Руководства по службе секретной войны», касающиеся допроса военнопленных [22]. «Руководство» предписывало



крайне жестокие методы пыток, предназначенных для получения правдивых показаний. Тем не менее, и в этих случаях, несмотря на всю жестокость, необходимо было воспринимать пленного, пусть и врага, как человека, как личность, которая обладает некоторыми знаниями, может понимать вопросы, давать на них ответы и т.д.

Но эти специфически человеческие свойства становятся излишними, когда людей превращают в бревна, предназначенные для экспериментов. Теперь становится совершенно неважно, являются ли они врагами. Главным, если не единственным качеством, которое действительно имеет значение, является их состояние здоровья. «По прибытии в отряд всякие пытки и жестокое обращение, которому подвергались пленные в жандармерии, прекращались. "Бревен" не допрашивали, не заставляли выполнять тяжелую работу. Более того, их хорошо кормили: они получали полноценное трехразовое питание, которое иногда включало и десерт — фрукты и т. п. Они имели возможность достаточно спать, им давали витамины. Пленные должны были как можно скорее восстановить силы и стать физически здоровыми»[23]. Если испытуемый выжил в ходе одного из экспериментов, то делалось все возможное для восстановления его здоровья, и только после этого он подвергался другим экспериментам.

Ситуация оказывалась парадоксальной: действия, в которых обычно мы видим выражение подлинной гуманности — предоставление нуждающемуся медицинской помощи и еды — превращаются в свою противоположность, в подготовку к новым бесчеловечным экспериментам. По словам Моримуры, для разработки и испытания бактериальных средств поражения «нужны были здоровые "бревна". От подопытных требовалось только здоровье. Больше ничто человеческое за ними не признавалось» [24]. Здоровье и пища принадлежат к базовым потребностям человека; и тем не менее, весьма сомнительно, чтобы испытуемые, если бы их соответствующим образом проинформировали и спросили, дали бы свое согласие на такое обращение с ними, зная о предстоящих страданиях. Здесь,

таким образом, мы сталкиваемся с дополнительной бесчеловечностью – основные потребности людей удовлетворяются с тем, чтобы еще раз превратить их в бревна.

\*\*\*

Вообще говоря, для того типа антропологии биомедицинских исследований, утрированным до крайности выражением которого стали японские эксперименты в отряде 731, естественно представление об идеально чистом эксперименте, когда, в частности, сняты все препятствия и помехи морального характера. Такая точка зрения достаточно широко распространена и сегодня. В этой связи будет уместно процитировать в высшей степени авторитетного философа Р. Харре: «Исследовательская этика возводит всякого рода барьеры для процедур выявления предрасположенностей и способностей у человека и во все возрастающей степени у животных» [25]. По сути дела Харре говорит здесь о том, что этические ограничения затрудняют получение чрезвычайно ценных научных знаний о человеке.

Таким образом, основополагающим для такого типа антропологии БМИ является представление о том, что человек, выступающий в роли испытуемого – это не более чем биологический организм. Вернемся в этой связи еще раз к рассуждениям М. Фуко в его «Рождении клиники». Бесплатная помощь, оказывавшаяся в клинике беднякам, выступала как своего рода благодеяние со стороны общества: общество как бы брало их на своё содержание, но в обмен на это они должны были безропотно соглашаться на роль испытуемых: «Наиболее важной этической проблемой, которую порождала идея клиники, была следующая: на каком основании можно превратить в объект клинического изучения больного, принужденного бедностью просить помощи в больнице? ... Теперь его просят стать объектом осмотра, и объектом относительным, ибо его изучение предназначено для того, чтобы лучше узнать других»[26]. Таким образом, эти бедняки, с одной стороны, имеют обязательства перед обществом, с другой стороны, они

безответны, а с третьей стороны, - и это очень существенный момент, - в клинике их много, а это делает принципиально возможным получение статистически достоверных результатов.

Таким путем формируется антропология биомедицинских исследований, которую я назвал бы антропологией типа 1. А затем, после Второй мировой войны, по мере того, как человечество осмысливало и, в частности, подвергало этической рефлексии исследования, прежде всего те, которые проводились в нацистской Германии, начинало меняться само понимание биомедицинских исследований, их возможных и допустимых целей, практики их проведения. И здесь уже мы можем говорить о становлении новой антропологии БМИ, антропологии типа 2.

В рамках этой антропологии предполагается, что испытуемый - это не просто биологический организм, но ещё и человек. Скажем, такая обязательная в современном БМИ процедура, как получение информированного согласия испытуемого, часто воспринимается в качестве сугубо формального «довеска», только затрудняющего проведение исследования. Если, однако, попробовать осмыслить ее более широко, то *информирование* испытуемого в то же время выступает и как *формирование* того субъекта, который будет не просто участвовать в исследовании, но и взаимодействовать с исследователем. В ходе этого взаимодействию ему надлежит стать автономным субъектом, способным принимать самостоятельное решение об участии в исследовании. Субъекту-испытуемому предстоит так или иначе осознать, для чего проводится данное исследование, какова его цель и связанные с ним риски и т.п., и когда он даст свое согласие, то в некотором смысле станет *соучастником* исследования, возьмёт на себя какую-то долю ответственности за него. Таким образом, он вовлечен в исследование не только на уровне организма, но и на уровне собственных интересов, мотивов, ожиданий, опасений и т.д.

Мы можем сделать вывод, что понимание человека как объекта биомедицинского исследования не есть что-то данное нам раз и навсегда, что

оно тоже исторически развивается. Вместе с тем и восприятие того, что относится к этическому сопровождению биомедицинского исследования, как всего лишь каких-то помех и препятствий, вовсе не является единственно возможным. Более того, и понимание этической составляющей БМИ как того, что значимо и необходимо лишь в социальном, но не в когнитивном плане, также не есть истина в последней инстанции.

Этику применительно к БМИ можно помыслить и совершенно иначе, попытавшись для этого увидеть в ней не столько препятствие, сколько возможность рассчитывать на получение *более объемного знания о человеке*, который выступает в качестве испытуемого в этом исследовании. В конце концов, никто помимо нас же самих не может вынудить нас понимать человека как всего лишь биологический организм. Быть может, всё обстоит намного сложнее, и те знания, которые позволяет получить этически корректно задуманное и проведенное биомедицинское исследование, не просто не беднее, но в определенном смысле и богаче тех, к которым можно прийти на основании антропологии типа 1?

В антропологии типа 1 явно, а скорее, неявно предполагается, что фундаментом (а может быть, даже и сутью) человеческого существа является то, что заложено в его биологии, что достаточно жестко задано ею. Все остальное при этом выступает как нечто вторичное. В одних трактовках это вторичное понимается как всецело детерминированное, диктуемое ею; в других – как нечто эфемерное, имеющее относительно малую значимость для человека, и, между прочим, как достаточно легко поддающееся манипулированию. Было бы по меньшей мере наивностью ставить под сомнение принципиальную значимость биологических характеристик человека для всего его существования. Но это отнюдь не значит, что само существование человека или то, что наиболее существенно в нем, сводится к проявлениям его биологии. Изучение биологии человека, безусловно, открывает массу интереснейших знаний о нем, однако едва ли стоит соглашаться с тем, что одной лишь биологией человека ограничивается все

то интересное, что можно в нем найти.

Примечания:

1. <http://www.bioethics.gov/transcripts/july03/session1.html>
2. Moses H. 3rd, Dorsey E.R., Matheson D.H. et al. Financial Anatomy of Biomedical Research. // JAMA, Vol. 294(11), 2005. P. 1333-1342. Цит. по: Аджиенко В.Л. Социологические закономерности клинических исследований лекарственных средств: дисс. на соискание ученой степени доктора мед. наук. Волгоград, 2008, с. 14-15.
3. И.Т. Фролов, Б.Г. Юдин. Этика науки: проблемы и дискуссии. М., «Политиздат», 1986, с. 67.
4. См. в этой связи: Философия биомедицинских исследований: этос науки начала третьего тысячелетия. Отв. ред. Б.Г. Юдин. М., 2004.
5. М. Фуко. Рождение клиники. М., 1998, с. 137.
6. См. в этой связи, напр., Власов В.В. Введение в доказательную медицину. Москва, МедиаСфера, 2001.
7. Слово «оправдано» в данном контексте несет два смысла. Во-первых, предписание оправдано, поскольку оно было апробировано с помощью научной методологии. Во-вторых, врач априорно получает оправдание в смысле защиты от возможного иска со стороны пациента или его родственников: ведь он назначал данный препарат не по каким-то субъективным основаниям, не по наитию, а в соответствии с утвержденными объективными стандартами.
8. Пояснительный доклад к Дополнительному протоколу к Конвенции о правах человека и биомедицине о биомедицинских исследованиях. // Аналитические материалы по проекту "Анализ нормативно-правовой базы в области прав человека в контексте биомедицинских исследований и выработка рекомендаций по ее усовершенствованию". М., Изд-во МосГУ, 2007, с.139.
9. Впрочем, иногда и рутинное медицинское вмешательство может осуществляться в интересах третьих лиц. Примеры тому – изъятие крови или органа производится ради улучшения здоровья не самого донора, а будущего реципиента; вакцинация имеет целью защитить от инфекционного заболевания не только (а иногда и не столько) самого вакцинируемого, но и тех, кто может оказаться в контакте с ним. Само по себе то, что в подобных случаях благополучателем оказывается не тот индивид, который подвергается медицинскому вмешательству, не делает эти процедуры исследовательскими. См. в этой связи: Бельмонтский доклад «Этические принципы и рекомендации о защите человека при проведении исследований». // Аналитические материалы по проекту "Анализ нормативно-правовой базы в области прав человека в контексте биомедицинских исследований и выработка рекомендаций по ее усовершенствованию". М., Изд-во МосГУ, 2007, с.274.
10. См. Б.Г. Юдин. Этико-правовое регулирование биомедицинских исследований в документах Совета Европы.// В кн.: Философия биомедицинских исследований: этос науки начала третьего тысячелетия. М., 2004, с.
11. См. Б.Г. Юдин. Медицина как антропология: уроки В. Вересаева. – «Человек.ру», Новосибирск, 2005.
12. См. Модификация человека. Круглый стол. – «Человек», 2006, №6, 2007, №1.
13. См. об этом: Материалы судебного процесса по делу бывших военнослужащих японской армии, обвиняемых в подготовке и применении бактериологического оружия. М., 1950; М.Ю. Рагинский. Милитаристы на скамье подсудимых: По материалам Токийского и Хабаровского процессов. М., 1985.
14. См. Материалы судебного процесса..., с. 19.
15. Dower, John W. War Without Mercy: Race and Power in the Pacific War. N.Y.: Pantheon Books, 1986, p. 8.

16. М.Ю. Рагинский. Милитаристы на скамье подсудимых: По материалам Токийского и Хабаровского процессов. М., 1985, с. 167.
17. Материалы..., с. 15.
18. С. Моримура. Кухня дьявола. М.: «Прогресс», 1983, с. 23.
19. См. Х. Акияма. Особый отряд 731. М.: «Иностранная литература», 1958, с. 67.
20. См. Arendt, Hannah. Eichmann in Jerusalem: A Report on the Banality of Evil. New York: Viking Press, 1963.
21. С. Моримура. Кухня дьявола. М.: «Прогресс», 1983, с. 13.
22. См. Материалы..., с. 231-233.
23. С. Моримура, с. 14.
24. Там же, с. 24.
25. Р. Харре. Конструкционизм и основания знания. – Вопросы философии, №11, 2006, с. 98.
26. М. Фуко. Рождение клиники. М., 1998, с. 135.