

туемого выступает человек (либо животное; впрочем, поскольку данная статья посвящена *антропологии* исследований, все то, что касается животных, выходит за ее рамки). 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 лоном, в котором возникали биомедицинские исследования в их современных очертаниях. С появлением в конце XVIII – начале XIX в. клиники как социальной формы организации массовой медицинской помощи для бедных слоев 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»³.

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» результатов своих изысканий, с которыми приходилось мучиться представителям других областей медицинского знания. Более того, именно в биомедицине впервые формировались институциональные структуры и механизмы, обеспечивающие устойчивое взаимодействие исследовательской лаборатории и клиники. Сегодня клиническая практика не только непрерывно подпитывается тем, что достигнуто в исследовательских лабораториях, не только выступает в качестве полигона для проверки, корректировки, отработки исходящих от лаборатории новаций, но и сама в свою очередь столь же непрерывно генерирует проблемы, требующие 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.

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, в том числе и философского. Здесь же стоит обратить внимание на то, что сверхзамысел доказательной медицины можно описать так: вся медицинская практика, без какого бы то ни было исключения, должна быть построена на научной основе, исходя из данных, полученных и обоснованных в ходе биомедицинских исследований. Иными словами, все манипуляции, совершаемые врачом, как и все его предписания, должны опираться не на его опыт и интуицию, а на результаты проведенных ранее исследований.

Предполагается, таким образом, что в идеале вся совокупная медицинская практика будет выстроена как приложение и продолжение биомедицинского исследования, разумеется, тоже совокупного. А это значит, что каждый ее элемент, вплоть до мельчайшего, необходимо будет подвергнуть рефлексии, проводимой с помощью научно-исследовательских средств и методов. Мы можем утверждать, следовательно, что в качестве объекта исследования в доказательной медицине выступает вся медицинская практика.

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 толкуется термин «вмешательство» в документе Совета Европы, касающемся биомедицинских исследований, а именно в Пояснительном докладе, сопровождающем Протокол о биомедицинских исследованиях, который является до-

полнением 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»⁴.

В общем и целом всякое вмешательство, осуществляемое в ходе исследования, моделирует определенную процедуру — диагностическую, профилактическую, терапевтическую — из числа тех, что составляют рутинную медицинскую практику. Вместе с тем 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 в рутинной медицинской практике любое вмешательство несет в себе какую-то долю риска. В этом случае, однако, он обычно считается более приемлемым и морально оправдывается по 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)⁵.

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 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 испытуемых в этом случае не связан непосредственно с угрозой их здоровью, он носит принципиально иной характер: возникает опасность несанкционированного доступа посторонних лиц к весьма деликатной 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 целая сеть социальных взаимосвязей и взаимодействий. Начнем с того, что в любом БМИ происходит 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 исследователями⁶. 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 препарата⁷, 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 сам по себе препарат, а 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 ишемической болезнью сердца. Задачей же исследования в этом случае может являться, скажем, определение того, как изучаемый препарат воздействует на уровень кровяного давления. Все 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, передаваемой в этический комитет.

Попытаемся теперь представить себе 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 се-

годня 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)⁸.

* * *

Очевидно, 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 нас 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 мы и будем понимать выявление тех установок, тех предпосылок относительно человека как испытуемого, которыми руководствуется исследователь, планирующий и реализующий свой исследовательский проект. Несмотря на то, что эти предпосылки чаще всего не осознаются исследователем, они тем не менее в существенной мере предопределяют круг проблем, которые могут осмысленно ставиться как проблемы, подлежащие изучению, и которые в принципе представляются как потенциально разрешимые в ходе исследования. Иными словами, если исследование вообще понимать как вопрошание, тогда то, что мы, собственно говоря, вопрошаем, в существенной степени обусловлено тем, о чем и у чего мы вопрошаем.

Когда же речь идет об исследовании, проводимом на человеке, то здесь по сравнению со всеми другими исследованиями возникает дополнительная сложность: важно не только то, о чём мы вопрошаем, но также и то, о *ком* мы вопроша-

ем, а это различие порождает массу самых разнообразных нюансов. Проблема заключается в том, что, вообще-то говоря, не существует какого бы то ни было наперед заданного однозначного критерия, в соответствии с которым можно было бы четко отличить человека от того, что (или кто) человеком не является. А это значит, что мы не можем провести жесткой грани и между исследованиями, проводимыми на каком-либо неодушевленном объекте, с одной стороны, и на человеке — с другой. Такого рода критерии заимствуются из преобладающих в данное время в культуре представлений о том, что такое человек. 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 таких исследований 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, отделяющим 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 позволят генетически модифицировать человека⁹.

Таким образом, антропология БМИ выступает в качестве одного из возможных путей осмысления природы человека, характерного тем, что природа человека берется в гранич-

ных, крайних точках ее проявления. Вместе с тем антропология БМИ — это и осмысление того, что такое вообще есть БМИ, и того, что мы, методологически грамотно подходу к проектированию БМИ, вправе рассчитывать получить при его проведении.

* * *

В дальнейшем речь будет идти о двух различных вариантах антропологии БМИ, расхождения между которыми могут доходить до противоположности. Первый из них является первым, 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 Хабаровске¹⁰.

Характерно, что испытуемых-заключенных при этом деперсонифицировали: они лишались имен, а те, кто работал в отряде, называли этих заключенных «марута», т.е. в переводе с японского — бревнами. В литературе, посвященной «Отряду 731», выдвигаются различные версии того, зачем это делалось. Согласно наиболее распространенной из них, целью такой деперсонификации была психологическая защита: если исследователи, как и все те, кто имеет дело с этими испытуемыми, не воспринимают их как людей, то психологически будет легче подвергать испытуемых всему тому, что предполагалось делать с ними в ходе исследований.

При этом, очевидно, имелось в виду, что те знания, которые будут получены в ходе таких исследований, будут применимы не только к «бревнам», но и к другим людям. Здесь, впрочем, возникают некоторые проблемы, связанные с «валидностью» получаемых таким образом результатов и с тем, насколько эти результаты могут быть перенесены на других людей. 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, первоначально 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, в каких условиях окажутся пилоты истребителей, поднимающихся на большие высоты. 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.

Возвращаясь к «Отряду 731», следует сказать, что примерно та же проблема встала и перед японцами. У них тоже в ходу были расовые теории, в соответствии с которыми японцы — это высшая раса, китайцы и другие народы Юго-Восточной Азии — это раса, находящаяся по своему развитию ниже, но тоже более или менее достойная. Что же касается европеоидов, то они считались низшей расой. Такие установки, конечно, способствовали тому, чтобы представителей низших рас можно было воспринимать как бревна, но, с другой стороны, вставал и вопрос о применимости результатов к представителям разных рас. Речь шла о том, чтобы определить поражающий эффект бактериологического оружия применительно к разным человеческим популяциям, так что в качестве испытуемых использовались и русские, и китайцы, и американцы, и монголы и т.д. — короче говоря, представители тех народов, которые расценивались как противники, актуальные или потенциальные.

Исследователей, таким образом, интересовали по сути дела знания о том, как различные человеческие организмы реагируют на те или иные бактериальные воздействия. Испытуемых

заражали бактериями, которые являются переносчиками определенных заболеваний. При этом изучалось, как ведет себя человеческий организм, если он поражается бактериями, какие количества бактерий и каким образом следует вводить в организм для того, чтобы вызвать наиболее тяжелые поражения и разрушения, и т.п.

Вообще говоря, для того типа антропологии биомедицинских исследований, о котором идет речь, 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»¹¹. Речь здесь идет о том, что этические ограничения затрудняют получение чрезвычайно ценных научных знаний о человеке.

Таким образом, основополагающим для этого типа антропологии БМИ является представление о том, что человек-как-испытуемый — это не более чем биологический организм. Если пойти немного глубже в историю, то интересные рассуждения на этот счет можно найти в уже упоминавшейся работе М.Фуко «Рождение клиники». Фуко говорит о том, как формировалась, мы бы сказали, социально институционализировалась практика биомедицинских исследований. В конце XVIII — начале XIX в., во времена Великой французской революции, возникают клиники, в которых содержатся пациенты-бедняки, не имеющие средств, чтобы оплачивать медицинскую помощь.

Бесплатная помощь в клинике, таким образом, выступает как своего рода благодеяние со стороны общества: общество как бы берет бедняков на свое содержание, но в обмен на это они должны безропотно соглашаться на роль испытуемых: «Наиболее важной этической проблемой, которую породила 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