



того чтобы удостовериться в истине, необходимо, с одной стороны, соблюдать правила и законы логики, а с другой стороны, следить, чтобы высказывания логики соответствовали сущности познаваемой вещи, которая является единством материи и формы, т.е. соответствовали реальному положению дел.

Аристотель говорит, что мы можем говорить об истине в двух смыслах – относительной (когда складываются разные мнения о ней в истории мысли) и абсолютной (которая от мнений не зависит, являясь истиной сама по себе). Абсолютная истина связана с полным познанием при помощи ума истинного положения дел.

Помимо логической непротиворечивости и метафизического постоянства сущности, независимого от изменений и познаваемого умом, у Аристотеля есть еще один важный аспект в его учении об истине. Как уже было сказано, мы не знаем истины, не зная причины того или иного положения дел. Причин, по Аристотелю, может быть всего четыре: связанные с настоящим временем формальная и материальная причины. С прошедшим положением дел связана действующая причина, когда мы знаем «откуда это взялось?». И, наконец, последняя и главная причина – это целевая, отвечающая на вопрос «зачем это нужно?». Вот поэтому концепция истины у Аристотеля может быть названа телеологической.

Аристотель определяет философию как знание об истине, потому что истина есть цель любого умозрительного знания. А знание истинное есть знание первых причин всего, что существует. Постигание первопричин сущего и раскрывает, по Аристотелю, область истины как сферу исследования философии.

УДК 16:61

## ФИЛОСОФИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВЫБОРА: ПРИНЯТИЕ МЕДИЦИНСКИХ РЕШЕНИЙ В КОНТЕКСТЕ СОЦИОКУЛЬТУРНЫХ ТРАНСФОРМАЦИЙ

**Михель Дмитрий Викторович** – доктор философских наук, профессор кафедры социологии, социальной антропологии и социальной работы, Саратовский государственный технический университет имени Гагарина Ю. А. E-mail: dmitrymikhel@mail.ru

Статья посвящена осмыслению гуманитарно-медицинских дискуссий о такой многомерной проблеме, как отношения врача и пациента. Последовательная реконструкция социологических, антропологических и этических аспектов этой проблемы позволяет также обнаружить и ее философское ядро, которое сконцен-

### Список литературы

1. *Брентано Ф.* О многозначности сущего по Аристотелю. СПб., 2012. 247 с.
2. *Аристотель.* Метафизика // Аристотель. Соч. : в 4 т. М., 1976. Т. 1. С. 63–367.

### Form, Intellect and Teleology in Aristotelian Doctrine of Truth

**V. G. Kosykhin**

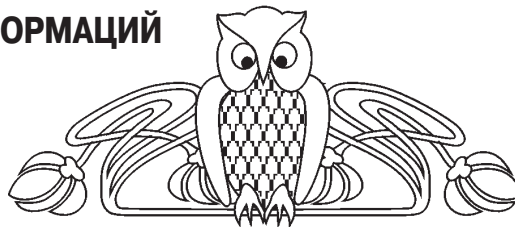
Saratov State University  
83, Astrakhanskaya str., Saratov, 410012, Russia  
E-mail: Kosyhinvg@rambler.ru

The article examines the classical Aristotelian concept of truth as the correspondence of knowledge knowable subject. Under this concept, the complex structure of the truth as consisting of logical, causal and metaphysical aspects is demonstrated. The concept of truth is revealed through analysis of the relationship of these aspects within a holistic picture of philosophy of Aristotle. The connection of truth with the categories of logic, the notion of essence as unity of matter and form, with the teachings of Aristotle about the mind and God's mind is emphasized. The article criticizes the views of F. Brentano, his analytical approach to the Aristotelian notion of truth. The meaning of the causal and teleological conceptions for understanding the place of truth in Aristotle's philosophy is identified.

**Key words:** truth, essence, mind, reason.

### References

1. Brentano F. *On the Several Senses of Being in Aristotle.* Berkeley, 1976, 197 p. (Russ. ed.: Brentano F. *O mnogoznachnosti sushchego po Aristotelyu.* St.-Petersburg, 2012. 247 p.).
2. Aristotle. *The Metaphysics.* New York, 1999. 528 p. (Russ. ed.: Aristotel. *Metafizika.* Aristotel. Soch.: v 4 t. Moscow, 1976. Vol. 1. P. 63–367.).



трировано вокруг вопросов о принятии медицинских решений. Современные гуманитарно-медицинские исследования раскрывают диалоговую структуру этого процесса, вовлеченность в него как медицинских профессионалов, так и индивидов, не обладающих профессиональными знаниями. Предпринятый в статье



анализ позволяет заключить, что практика принятия медицинских решений раскрывает поле для развития особой философии терапевтического выбора, имеющей актуальность в условиях социокультурных трансформаций настоящего времени.

**Ключевые слова:** гуманитарно-медицинское мышление, отношения врача и пациента, принятие медицинских решений, терапевтический выбор, философская практика.

DOI: 10.18500/1819-7671-2016-16-2-155-161

После Второй мировой войны во многих странах Запада началось бурное развитие медицинского знания, приведшее к колоссальному прогрессу в лечебном деле. Сравнительно небольшой арсенал лечебных средств, имевшихся в распоряжении врачей к тому времени, быстро пополнился новыми эффективными препаратами. Кроме того, появилась новая медицинская техника, которая стала успешно использоваться в диагностике, терапии, продлении жизни безнадежно больных пациентов. Прогресс медицинского знания пришелся на 1950-е гг., но он не прекращался и в последующие десятилетия [1, с. 405–533].

Успехи врачей в обуздании инфекционных заболеваний, равно как и во многих других областях их деятельности, не могли не вызвать повсеместного восхищения медицинской профессией, в том числе со стороны многих представителей философского и в целом социально-гуманитарного знания, которые стали уделять все больше внимания медицинской проблематике. Между тем уже в начале 1970-х гг. в западном философско-гуманитарном мышлении произошел очередной методологический поворот, который правомерно назвать «антимедикалистским», в результате которого большая группа интеллектуалов, таких как И. Зола, М. Фуко, И. Иллич, П. Конрад и др., артикулировали целый ряд проблем, присущих новейшему этапу развития медицины [2].

Критический пафос работ этих исследователей основательно повлиял на весь комплекс медико-гуманитарных дисциплин (*medical humanities*), который начал формироваться как раз в это время. Под влияние «антимедикалистской (критической) парадигмы» попали философия медицины, медицинская этика, медицинская история, медицинская антропология и целый ряд других дисциплин. В поле внимания исследователей, представляющих разные направления гуманитарно-медицинского знания, попали проблемы медицинского технократизма, медицинского антигуманизма и целый ряд других. Независимо от того, насколько умеренную или радикальную интеллектуальную позицию занимал всякий очередной исследователь, с этого времени он уже

не мог избежать исходного антимедикалистского импульса и пытался осмыслить свой предмет в терминах, свободных от влияния медицины.

В числе наиболее важных проблем, которые попали в фокус внимания представителей медико-гуманитарного знания, оказалась проблема отношений врача и пациента в контексте происходящих социокультурных трансформаций. Широта и сложность этой проблемы была очевидной для всех исследователей, поэтому они попробовали подступиться к ней с разных сторон. В самой проблеме было выявлено несколько измерений – социологическое, антропологическое, этическое. Погружение в сердцевину этой проблемы позволило выделить в ней особое философское ядро, которое было стянуто к вопросам о свободе выбора, благе, ценностях. В рамках данной статьи этот философский уровень проблемы отношений врача и пациента предлагается рассматривать как вопрос о принятии медицинских решений.

Социологический уровень проблемы отношений врача и пациента впервые попытался осмыслить Т. Парсонс, который в самом начале 1950-х гг. представил так называемую «стандартную модель» этих отношений. Следуя структурно-функционалистской методологии, Парсонс сформулировал нормативные представления о социальных обязанностях врача и больного в ходе лечебного процесса. Модель Парсонса предписывала врачу лечить больного, а больному – подчиняться назначенному лечению; кроме того, он освобождался от обычных социальных обязанностей и ответственности за болезнь [3, с. 439–447]. Как выяснилось позднее, модель Парсонса подходила в основном для случая острых инфекционных заболеваний и мало годилась для описания ситуаций с хроническими болезнями. Кроме того, предложенная им социологическая интерпретация была «доктороцентричной».

Спустя четверть века после публикации работы Парсонса британский социолог Н. Джюсон предложил историко-социологическую реконструкцию этих отношений, показав, как всего за одно столетие, с 1770 по 1870 г., в западных странах в отношениях между врачом и пациентом произошла фундаментальная трансформация. В начале этого периода главным действующим лицом этой пары был пациент, как правило, дворянин или состоятельный горожанин, но уже к концу первенство безоговорочно перешло к врачу. «Пациент-центричная» медицина сменилась привычной сегодня «доктороцентричной» системой [4].

Открытие Джюсоном того факта, что медицина долгое время фокусировалась на пациенте,



в то же самое время было подтверждено большим количеством публикаций по медицинской истории. Более того, в самой медицинской истории произошло знаменательное «возвращение к пациенту», и в пространстве гуманитарного знания в те годы появилось такое направление, как социальная история медицины. Её стремительное развитие во многом было связано с попытками писать историю медицины «снизу», с точки зрения пациента [5].

Интеллектуальным итогом осмысления социологического уровня отношений врача и пациента стало превращение пациента в фигуру, заслуживающую самого серьезного внимания. Исследователи включились в работу, нацеленную на то, чтобы вывести пациентов из тени забвения, дать им голос, сделать предметом новых исследований.

Антропологический (социально- и культурно-антропологический) уровень отношений врача и пациента начал осмысливаться лишь в 1970-е гг., главным образом с позиций медицинской антропологии – дисциплины, которая тогда начала делать свои первые шаги [6]. Для антропологов пациентская проблематика не была чем-то принципиально новым, поскольку на протяжении весьма длительного периода антропологи занимались изучением «дикарей», «туземцев» и городских маргиналов. В рамках «стандартной модели» Парсонса, которая широко применялась и в антропологии в 1950-е и 1960-е гг., пациенты как слабая сторона были закономерным предметом внимания, но все-таки принципиальных исследований пациентского опыта в антропологии не велось до середины 1970-х гг.

В 1975 г. в Гарвардском университете образовалась группа, состоящая из врачей-психиатров и антропологов, которая вошла в историю как Гарвардская школа медицинской антропологии. Одна из практических задач, которую поставили перед собой входящие в нее исследователи, заключалась в том, чтобы разработать методы более эффективного лечения как в психиатрии, так и в рамках более широкой медицинской практики. Участники группы указали на то, что в большинстве случаев, касающихся лечения пациентов, врачам не удается достигать так называемого комплайенса (согласия). Возможно, это вызвано тем, что врачи просто не понимают своих пациентов и лечат их как простые биологические машины. Гарвардские медицинские антропологи решили исправить этот пробел и занялись изучением различных аспектов пациентского опыта и вкладом самих пациентов в лечение.

Л. Айзенберг был первым, кто начал выявлять различия между «профессиональными» представлениями врачей и «популярными» представ-

лениями пациентов. Это привело его к открытию оппозиции в их взглядах на здоровье и нездоровье. Айзенберг первым предложил важное методологическое разделение между «заболеванием» и «болезнью»: «Пациенты страдают от болезни, врачи диагностируют и лечат заболевание» [7].

Его младший коллега, врач-антрополог А. Клейнман, ставший впоследствии наиболее авторитетным медицинским антропологом США, двинулся дальше и начал на обширном американском и китайском культурном материале анализировать, как происходит взаимодействие врачей и их пациентов, а также используемых ими представлений и «объяснительных моделей». В книге «Пациенты и врачеватели в контексте культуры» Клейнману удалось обнаружить так называемый «пациентский прагматизм», которого не сумел заметить Джюсон. Как в условиях развитых западных обществ, так и в культурах, где продолжают существовать традиционные и даже архаические системы врачевания, пациенты сами определяют, когда и к кому обращаться, если у них или их родственников возникают проблемы со здоровьем. Как показал Клейнман, даже в крупных городах США и Великобритании в большом числе случаев «медицинских ситуаций» пациенты предпочитают получать помощь дома, в кругу семьи, и только в случае острой необходимости отправляются на прием к врачу. В целом ряде случаев врачам «западной медицины» они предпочитают врачевателей медицины «народной», а также представителей других систем врачевания – от магики-религиозной до Аюрведы и китайской медицины. Этот пациентский выбор может быть продиктован степенью тяжести заболевания, доступностью врача, потребностью в психоэмоциональном контакте, финансовыми возможностями и т.д. В своем исследовании Клейнман впервые рассмотрел вопросы логики пациентского выбора, разнообразия стратегий здоровьесбережения и способов принятия медицинских решений [8].

Начатые антропологами Гарвардской школы исследования пациентского опыта получили серьезное продолжение в трудах других авторов, которые двинулись много дальше, сумев, кроме того, привнести результаты своих исследований как в антропологическую теорию, так и в медицинскую практику.

Этический уровень отношений врача и пациента стал предметом самых пристальных исследований в начале 1980-х гг., главным образом в рамках медицинской этики – дисциплины, развиваемой коллективными усилиями врачей и философов. Исследователей здесь остро интересовал вопрос, в какой мере врачам удается



сохранять нравственное содержание своей профессии в условиях современного этапа развития медицины.

Со времен Гиппократов медицинская этика была неразрывной частью медицинской профессии, ее началом и общим принципом. Этика Гиппократов требовала, чтобы страдание пациента было предметом заботы врача, и интересы пациента врач всегда ставил выше собственных интересов. Только при соблюдении этого принципа могло начинаться лечение как таковое. Тем не менее необходимо признать, что именно в лечебном своем аспекте медицина со времен Гиппократов и вплоть до середины XX в. была крайне слаба. Врачи не столько лечили, сколько утешали, сочувствовали и ухаживали за своими больными. Но после Второй мировой войны ситуация резко изменилась: у врачей появились эффективные средства для лечения, медицина стала технологичной. Врачи сосредоточились на лечении как техническом компоненте медицинской практики, а заботу о пациенте в узком смысле этого слова предоставили медицинским сестрам, нянечкам и родственникам пациентов.

Констатируя новый порядок вещей в медицине, ведущий представитель американской медицинской этики тех лет Э. Пеллегрино задался целью обосновать необходимость сохранения нравственного содержания медицинской практики. При этом он вынужден был признать, что монолитности медицинской практики, как это было в прежние времена, не существует. Вместо этого мы имеем дело с модульной конструкцией, где врач занимается техническими вмешательствами (лечением), медсестры – уходом, а пациенту приходится самостоятельно справляться со своими психологическими, моральными и религиозными проблемами. В реальных условиях клиники врачу приходится координировать все эти действия между собой, но его профессиональная загруженность, а также увлеченность докторов техническими аспектами своей работы не всегда позволяют добиться этой координации. Кроме того, врачам постоянно приходится думать о том, чтобы «правильно» – в соответствии с инструкциями и медицинскими стандартами – лечить, и это не оставляет времени на «хорошее» лечение, которое бы учитывало морально-психологические, культурные и религиозные запросы больных. С точки зрения Пеллегрино, серьезным вопросом для врача в этих условиях оказывается согласование цели главных участников процесса лечения. Врач ориентирован на прерывание хода заболевания, т.е. на достижение «биологического блага», а пациенту важно еще и достижение его «личностного блага», а также того, что думает

о благо сам пациент. В своих исследованиях Пеллегрино показал, что в современных социокультурных условиях врач сталкивается еще с одним важнейшим вопросом: как согласовать благо пациента и социальное благо. Многим хроническим пациентам необходимы дорогостоящее лечение и уход. Как быть, если общество просто не может предоставить ресурсов для оказания помощи этим больным? Ответ Пеллегрино на этот вопрос заключается в следующем: врач должен заниматься лечением и не брать на себя функции чиновника или предпринимателя. В конечном итоге, не следует отступать от нравственных требований к профессии, завещанных Гиппократом [9].

Указав на существование возможного этического противоречия между благом пациента и социальным благом в рамках процесса лечения, Пеллегрино затронул один из самых болезненных нервов медицинской этики второй половины XX в. Весь опыт послевоенного развития медицины свидетельствовал о том, что социальное благо часто берет верх над благом конкретного пациента как биологическим, так и личностным. Эта страшная истина была раскрыта в ходе Нюрнбергского процесса над нацистскими докторами, которые в годы войны проводили опасные, часто смертельные, опыты на своих пациентах, не считаясь ни с их желаниями, ни с рисками для их здоровья. Свои медицинские эксперименты нацистские доктора проводили во благо высших государственных интересов, во благо нации и прогресса медицинского знания. Сразу после Нюрнбергского процесса было установлено, что похожие медицинские эксперименты, хотя и не в такой чудовищной форме, проводились и в остальных странах, включая США – страну, инициировавшую суд над врачами-преступниками. Как показали специальные исследования, именно в годы Второй мировой войны в медицинской профессии произошла драматическая трансформация. Многие врачи занялись общественно значимыми исследованиями, поставив интересы общества и государства выше интересов отдельных людей [10, р. 51–69]. Чтобы в будущем предупредить всякие медицинские злоупотребления и угрозы для жизни и здоровья участников медицинских экспериментов и нестандартных методов лечения, судьи Нюрнбергского трибунала разработали новый этический кодекс. Началась эпоха общественного контроля над медициной, допускающего правовые и социальные способы регулирования работы врачей. Лишь некоторые мыслители усмотрели в этом источник нового этического противоречия. У. Рич заметил, что



истинное наследие Нюрнбергского кодекса является противоречивым: общество установило морально-правовой контроль над врачами, но врачи оказались освобождены от нравственной ответственности перед своими пациентами [11].

Попытка представителей медицинской этики, а также связанной с ней биоэтики фундаментально осмыслить вопрос об этическом измерении отношений между врачами и пациентами привела к драматическому открытию. Медицинская практика в условиях современных социокультурных трансформаций столкнулась с внутренним противоречием между «этикой заботы», или традиционной медицинской этикой, идущей от Гиппократов и предписывающей превыше всего ставить интересы больного, и «этикой справедливости», или социальной этикой, ставящей превыше всего интересы общества или некие групповые интересы, обусловленные текущим историческим моментом. В этих условиях принятие медицинских решений должно было выстраиваться на каких-то крайне надежных основаниях.

Философское ядро проблемы отношений врача и пациента оказалось обнаружено далеко не сразу, поскольку прежде потребовалось провести большую работу, касающуюся осмысления ее социологических, антропологических и этических измерений. Это нашло свой отклик и в судьбах такой формы знания, как философия медицины, которая в конце XX в. сделала новый серьезный шаг в своем развитии. Она перестала быть лишь технической дисциплиной в рамках медицинского образования, став, в очередной раз, не только ключом к медицинской профессии, но и средством, с помощью которого общество способно проводить мыслительную работу над самыми злободневными вопросами медицинской практики [12].

Э. Пеллегринно считал, что самым важным вопросом для современной философии медицины является принятие медицинских решений. Он связал его с вопросом о нравственном выборе врача в пользу «этики заботы», требующей превыше всего ставить интересы пациента, а также с «моментом клинической истины», или ситуацией, в которой врач оказывается каждый раз, когда устанавливает первый контакт с пациентом. В этот момент врач должен принять на себя все страдания пациента, которые могут на него обрушиться. С момента клинической истины, по Пеллегринно, устанавливается доверие между обоими участниками будущего медицинского процесса, состоящего из одного или серии медицинских актов [13, р. 31–32].

Немецкий врач и философ К. Дернер, размышляя о том же вопросе, интерпретирует его

с помощью понятия «основной позиции врача»: «Такая безгранично открытая позиция, охватывающая все мыслимые несчастья человеческого бытия, должна стать для меня основной позицией <...> К тому же моя позиция должна быть такой, чтобы воодушевить обратившегося ко мне человека и помочь ему в той же мере раскрыть это бесконечное многообразие жизненно важных вопросов, подвергнув его, подобно мне, такой же перегрузке. Моя же позиция обязывает меня подать в этом пример, чтобы облегчить человеку возможность “учиться по образцу” <...> Таким образом, прежде чем я начну как медик предпринимать диагностические и лечебные действия, как врач я должен вначале при встрече с Другим учесть моральные аспекты, зависящее конкретно от меня морально-философское или этическое направление» [14, с. 48].

Социологические, антропологические и этические исследования проблемы отношений врача и пациента показывают, что момент «клинической истины» или вскрытия «основной позиции врача» невозможно считать моментом начала по существу. Как теперь известно, не только врач делает свой первый шаг навстречу пациенту, обращаясь к нравственным идеалам своей профессии (или предавая их), но и пациент делает такой же. Более того, пациент совершает свой собственный терапевтический выбор еще до того, как он появился в кабинете врача. Человек, столкнувшись с болезнью, может все же остаться дома, в кругу семьи или выбрать альтернативного врача, которому могут быть в принципе чужды всякие принципы медицинской этики. Это значит, что в основе принятия медицинских решений лежит не единственная воля, не единственное сознание, а по меньшей мере два.

Как бы тривиально это ни звучало, но основой принятия медицинских решений – терапевтического «быть или не быть» – оказывается диалог. Выбор пациентом врача, выбор врачом своего нравственного образца, а затем и выбор конкретного медицинского действия – это не единственный выбор, не единственное событие выбора. Это диалогический процесс, своего рода встреча разных сознаний, разных свобод, разных ценностей, разных представлений о благе.

Проблема принятия медицинских решений, как она вырисовывается в рамках современных гуманитарно-медицинских исследований об отношениях врача и пациента, превращается в целую философию. Следуя уже сложившимся в рамках научных дискуссий терминологическим традициям, мы предлагаем называть ее «философией терапевтического выбора». Проблематике терапевтического выбора сегодня уделяется



большое внимание [15]. Философское осмысление «терапевтического выбора» представляется также необходимым. Очевидно, однако, что речь не должна идти о каком-то догматическом учении. Скорее, здесь надо иметь в виду некую разновидность философской практики. Данное направление, исповедующее сократовский стиль философствования, возродилось в Германии и некоторых других странах Запада в самом конце XX в. В рамках философской практики философы выступают консультантами для людей, нуждающихся именно в философском совете. В отличие от психотерапевтов, юристов и тренеров философы не предлагают своим клиентам готовых решений. Тем, кто нуждается в философском совете, предлагается самостоятельный выбор между различными сценариями развития ситуации, но эти сценарии осмысливаются вместе с клиентом [16]. Очень часто в таких консультативных услугах нуждаются люди с хроническими заболеваниями и их родственники. Философия терапевтического выбора превращается в важное средство для осмысления ими своей жизненной ситуации и своего выбора, лежащего в основе предстоящего медицинского решения. Хорошо понятно, что практикующие врачи в таких консультациях не нуждаются. Тем не менее философская осведомленность в этом вопросе будет полезной и врачам тоже. Этому выводу созвучны слова Дж. Сейферта: «Если медицинская теория и практика основывается на ошибочных целях, то медицина страдает от “философских болезней” различной степени тяжести. Их лечение заключается в критике философских ошибок, влияющих на ее теорию и практику, и в осмыслении и практическом осуществлении этически релевантных целей» [17, р. 44].

Представляется, что в современной ситуации, когда вопросы, касающиеся здоровья, приобрели столь ощутимую злободневность, а качество принимаемых медицинских решений подвергается постоянной оценке со стороны не только профессионалов, но и всего общества, философское осмысление принятия медицинских решений должно стать для нас еще одной зоной ответственности.

*Работа выполнена при финансовой поддержке РГНФ в рамках проекта «Индивидуальный опыт болезни и страдания в контексте социокультурных трансформаций: философские проблемы медико-антропологических исследований» (грант № 15-03-00348).*

#### Список литературы

1. *Bynum W. F., Hardy A., Jacyna S., Lawrence C., Tansey E. M.* The western medical tradition 1800 to 2000. Cambridge, 2006. 614 p.
2. *Михель Д. В.* Медикализация как социальный феномен // Вестн. Саратов. гос. техн. ун-та. 2011. № 4. С. 256–263.
3. *Parsons T.* The social system : the major exposition of the author's conceptual scheme for the analysis of the dynamics of the social system. N.Y., 1951. 575 p.
4. *Jewson N.* The Disappearance of the sick-man from medical cosmology, 1770–1870 // International journal of epidemiology. 2009. Vol. 38, № 3. P. 622–633.
5. *Михель Д. В.* Социальная история медицины : становление и проблематика // Журн. исследований социальной политики. 2009. Т. 7, № 3. С. 295–312.
6. *Михель Д. В.* Изучая культуру, здоровье и болезнь : медицинская антропология как область знания // Вестн. Саратов. гос. техн. ун-та. 2013. № 2. С. 205–217.
7. *Eisenberg L.* Disease and illness : distinctions between professional and popular ideas of sickness // Culture, medicine, and psychiatry. 1977. Vol. 1, № 1. P. 9–23.
8. *Kleinman A.* Patients and healers in the context of culture : an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. Berkeley, Ca., 1980. 427 p.
9. *Pellegrino E. D.* The Caring Ethic: The Relation of Physician to Patient // Caring, Curing, Coping / eds. A. H. Bishop, Jr. J. R. Scudder. Lynchburg, Va., 1985. P. 8–30.
10. *Rothman D. J.* Strangers at the bedside : a history of how law and bioethics transformed medical decision making. N.Y., 1991. 303 p.
11. *Reich W. T.* The Care-based ethic of nazi medicine and the moral importance of what we care about // American Journal of Bioethics. 2001. Vol. 1, № 1. P. 64–74.
12. *Михель Д. В.* Развитие философии медицины на Западе : основные эпизоды // Философские проблемы биологии и медицины. Вып. 6. Свобода и ответственность : сб. ст. М., 2012. С. 339–342.
13. *Pellegrino E. D., Thomasma D. C.* Helping and healing : religious commitment in health care. Washington D.C., 1997. 167 p.
14. *Дернер К.* Хороший врач : учебник основной позиции врача. М., 2006. 543 с.
15. *Sargent C. F.* The Cultural Context of Therapeutic Choice : Obstetrical Care Decisions Among the Bariba of Benin. Dordrecht, 1982. 192 p.
16. *Schuster S. C.* Philosophy practice : an alternative to counseling and psychotherapy. Westport, CT., 1999. 224 p.
17. *Seifert J.* The Philosophical diseases of medicine and their cure: philosophy and ethics of medicine. Vol. 1. Foundations (Philosophy and Medicine). Dordrecht, 2004. 399 p.

#### Philosophy of Therapeutic Choice: Medical Decision Making in the Context of Social and Cultural Transformations

**D. V. Mikhel**

Yuri Gagarin State Technical University of Saratov  
77, Politekhnikeskaya str., Saratov, 410054, Russia  
E-mail: dmitrymikhel@mail.ru

The article is devoted to the understanding of discussions in medical humanities about such a multidimensional issue as the relationship of doctor and patient. Sequential reconstruction of sociological, an-



thropological and ethical aspects of this problem can also detect its philosophical core that is concentrated around the issues of medical decision making. Contemporary studies in medical humanities reveal an interactive structure of the processes involved in it medical professionals and individuals who do not have professional knowledge. Attempted analysis allows us to conclude, that the practice of medical decision making opens the field for the development of specific philosophy of therapeutic choice that is relevant to the condition of contemporary social and cultural transformations.

**Key words:** medical humanities, relationship of doctor and patient, medical decision making, therapeutic choice, philosophy practice.

## References

1. Bynum W. F., Hardy A., Jacyna S., Lawrence C., Tansey E. M. *The western medical tradition 1800 to 2000*. Cambridge, 2006. 614 p.
2. Mikhel D. V. Medikalizatsiya kak social'nyiy fenomen (Medicalization as a social phenomenon). *Vestnik Sarat. gos. tekhn. un-ta* (Vestnik Saratov State Technical University), 2011, no. 4, pp. 256–263.
3. Parsons T. *The social system: the major exposition of the author's conceptual scheme for the analysis of the dynamics of the social system*. New York, 1951. 575 p.
4. Jewson N. The Disappearance of the sick-man from medical cosmology, 1770–1870. *International journal of epidemiology*, 2009, vol. 38, no. 3, pp. 622–633.
5. Mikhel D. V. Sotsial'naya istoriya meditsiny: stanovlenie i problematika (Social history of medicine: development and problemacy). *Zhurnal issledovaniy sotsial'noy politiki* (The journal of social policy studies), 2009, vol. 7, no. 3, pp. 295–312.
6. Mikhel D. V. Izuchaya kul'turu, zdorov'e i bolezni' (Studying the culture, health and illness: medical anthropology as a field of knowledge). *Vestn. Sarat. gos. tekhn. un-ta* (Vestnik Saratov State Technical University), 2013, no. 2, pp. 205–217.
7. Eisenberg L. Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Culture, medicine, and psychiatry*, 1977. vol. 1, no. 1, pp. 9–23.
8. Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley, Ca., 1980. 427 p.
9. Pellegrino E. D. The caring ethic: the relation of physician to patient. *Caring, curing, coping*. Eds. A. H. Bishop, J. R. Jr. Scudder Lynchburg, Va., 1985. pp. 8–30.
10. Rothman D. J. *Strangers at the bedside: a history of how law and bioethics transformed medical decision making*. New York, 1991. 303 p.
11. Reich W. T. The care-based ethic of nazi medicine and the moral importance of what we care about. *American Journal of Bioethics*, 2001, vol. 1, no. 1, pp. 64–74.
12. Mikhel D. V. Razvitiye filozofii meditsiny na Zapade: osnovnye epizody (Development of medical philosophy in the West: the main stages). *Filozofskie problemy biologii i meditsiny. Vyp. 6. Svoboda i otvetstvennost': sbornik statey* (Philosophical problems of biology and medicine. Iss. 6. Freedom and responsibility: a collection of essays). Moscow, 2012, pp. 339–342.
13. Pellegrino E. D., Thomasma D. C. *Helping and healing: religious commitment in health care*. Washington D.C., 1997. 167 p.
14. Derner K. *Khoroshiy vrach: uchebnyy posobie po pozitsii vracha* (Good physician. A handbook of main position for a physician). Moscow, 2006. 543 p.
15. Sargent C. F. *The cultural context of therapeutic choice: obstetrical care decisions among the Bariba of Benin*. Dordrecht, 1982. 192 p.
16. Schuster S. C. *Philosophy practice: an alternative to counseling and psychotherapy*. Westport, CT., 1999. 224 p.
17. Seifert J. *The philosophical diseases of medicine and their cure: philosophy and ethics of medicine. Vol. 1. Foundations (philosophy and medicine)*. Dordrecht, 2004. 406 p.

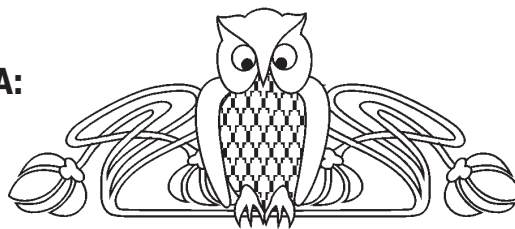
УДК 101.1:316

## ПРОБЛЕМЫ ДЕФИНИЦИИ ПОНЯТИЯ СОВРЕМЕННОГО РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА: СОЦИАЛЬНО-ФИЛОСОФСКИЙ АНАЛИЗ

**Трунёв Сергей Игоревич** — доктор философских наук, профессор кафедры философии, Саратовский государственный технический университет имени Гагарина Ю. А. E-mail: si\_trounev@mail.ru

**Палькова Валентина Сергеевна** — кандидат философских наук, ассистент кафедры государственного и муниципального управления, магистрант, Поволжский институт управления имени П. А. Столыпина — филиал Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации. E-mail: valentinakz@list.ru

В статье затронуты вопросы операционализации понятий, определяющих специфику как современного зарубежного, так и оте-



чественного общества. Дан обзор дискуссионных положений употребления в российской научной литературе таких понятий, как постмодернизм, общество потребления, постиндустриальное общество и т.д., а также делается попытка операционализации этих понятий для изучения российского общества. Современное российское общество обозначается в терминах постисторического, сетевого либо информационного, общества постмодерна и т.п. Такой разброс различных понятий в представлении единого образа российского общества вносит определенный беспорядок в четкое определение современного состояния российского общества. Применение к современному обществу перечисленных