

ИНСТИТУТ ФИЛОСОФИИ РАН  
СЕКТОР ГУМАНИТАРНЫХ ЭКСПЕРТИЗ И БИОЭТИКИ  
МОСКОВСКИЙ ГУМАНИТАРНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИНСТИТУТ ФУНДАМЕНТАЛЬНЫХ И ПРИКЛАДНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ  
ЦЕНТР БИОЭТИКИ

**Философский анализ проектов конструирования человека:  
идеалы и технологии**

**РАБОЧИЕ ТЕТРАДИ ПО БИОЭТИКЕ**

Выпуск 25

Под редакцией доктора философских наук П.Д. Тищенко

Москва 2016

INSTITUTE OF PHILOSOPHY, RUSSIAN ACADEMY OF  
SCIENCES  
DEPARTMENT OF HUMANITARIAN EXPERTISE AND  
BIOETHICS  
MOSCOW UNIVERSITY FOR THE HUMANITIES  
INSTITUTE OF FUNDAMENTAL AND APPLIED RESEARCH  
CENTER OF BIOETHICS

**Philosophical analysis of human construction projects:  
ideals and technology**

WORKBOOKS ON BIOETHICS

Issue 25

Edited by P. D. Tishchenko

Moscow 2016

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<i>Гребенщикова Е.Г.</i>	
Конвергенция био- и ИК- технологий: новые возможности для пациентов и новые вызовы для этики.....	6
<i>Иваннюшкин А.Я.</i>	
Антипсихиатрия: социальное конструирование психической болезни (М. Фуко – философский предтеча антипсихиатрии).....	14
<i>Попова О.В.</i>	
Социокультурное и биотехнологическое конструирование: моральные и онтологические парадоксы.....	26
<i>Луков Вал.А., Павлов А.В.</i>	
Конструирование человека в свете тезаурусной концепции молодежи ....	50
<i>Максакова О.А.</i>	
Восстановление сознания после тяжелой черепно-мозговой травмы: смысл и практика командной работы .....	60
<i>Мелик-Гайказян И.В.</i>	
«Конструирование человека»: круг проблем .....	72
<i>Ламажаа Ч.К.</i>	
Персональная модернизация и архаизация человека .....	88
<i>Белялетдинов Р.Р.</i>	
От биоэтики к пост-биоэтике: проблема морального улучшения человека.....	96
<i>Меньшикова М.А.</i>	
Идея бессмертия личности у В. М. Бехтерева .....	103
<i>Тищенко П.Д.</i>	
Назад в «будущее»: история и современность проектов конструирования человека.....	112
<i>Приложение</i>	
<i>Попова О.В.</i>	
Когнитивное усовершенствование человека.....	113
<i>Пронин М.А.</i>	
Философия как экспертиза: где Родина виртуального человека?.....	128
Авторы выпуска.....	133

## **Конвергенция био- и ИК- технологий: новые возможности для пациентов и новые вызовы для этики<sup>1</sup>**

*Гребенщикова Е.Г.*

## **Convergence of bio and IT technologies: new opportunities for patients and new challenges for ethics**

*Grebenshchikova E.G.*

**Аннотация:** Развитие биотехнонауки не только открывает новые возможности, но и актуализирует комплекс этических вопросов, связанных с проблемами автономии, информирования, социальной ответственности и справедливости. В таком контексте возникает ряд вопросов об исходных принципах новых этико-правовых регулятивов, универсальности тех или иных этических установок, возможной сфере их влияния и др. К настоящему времени разработано несколько этических кодексов, частично связанных с биоэтическим принципализмом, которые отвечают на новые реалии активного взаимодействия био- и ИТ- технологий.

**Ключевые слова:** частная жизнь, информирование пациента, справедливость, автономия

**Abstract:** Development biotechnoscience opens up new opportunities and updates the complex ethical issues relating to the problems of autonomy, awareness, social responsibility and justice. In this context, a number of questions about the new ethical and legal regulators, the universality of certain ethical guidelines, possible their sphere of influence, and others raise. To date, several codes of ethics, that respond to the new realities of active interaction of bio- and IT- technologies developed.

**Keywords:** privacy, patient information, justice, autonomy.

Развитие биотехнонауки не только открывает новые возможности, но и актуализирует комплекс этических вопросов, связанных с проблемами автономии, информирования, социальной ответственности и справедливости. Базовые документы в области биоэтики, как например, Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека, принятая на Генеральной конференции ЮНЕСКО 19 октября 2005 г., содержат только общие ориентиры, которые требуют конкретизации с учетом открывающихся возможностей новых технологий. Например, в обеспечении медицинской деятельности принимают участие специалисты по ИТ-технологиям, происходит расширение полномочий пациентов и их активное вовлечение в формирующиеся практики «заботы о себе» и т.п. В таком контексте возникает ряд вопросов об исходных принципах новых этико-правовых ре-

---

<sup>1</sup> Статья подготовлена при поддержке гранта РФФИ 15-18-10013.

гулятивов, универсальности тех или иных этических установок, возможной сфере их влияния и др. Так, с развитием "электронного здравоохранения" (eHealth) было разработано несколько этических кодексов, частично связанных с биоэтическим принципализмом. Интернет коалиция медицинской помощи (Интернет Healthcare Coalition - ИНС) акцентирует внимание на таких принципах, как откровенность (sincerity) и достоверность, качество медицинских услуг и информации, информированное согласие, уважение частной жизни и конфиденциальность, высокое качество коммерческой и профессиональной практики<sup>1</sup>. Европейская группа по этике науки и новых технологий предлагает следующие этические принципы: уважение частной жизни, защита личных данных о состоянии здоровья, конфиденциальность, достоверность, законность, информированное согласие пациента для использования данных, прозрачность стандартов и доступ пациентов к электронным медицинским картам (EHRs)<sup>2</sup>. В то же время HON (Health on the net foundation) Кодекс для веб-сайтов для врачей и пациентов опирается на такие принципы, как авторство информации, цель веб-сайта, конфиденциальность информации, информация должна быть документирована: источник и дата, обоснованность утверждений, контактная информация веб-сайта, источники финансирования, рекламная политика<sup>3</sup>. Еще один вариант Кодекса предлагает Коалиция интернет этики (Health Internet Ethics - Hi-Ethics, Inc.). Принципы охватывают следующие пять областей: личная жизнь, коммерция, информационное обеспечение качества, профессионализм и раскрытие информации<sup>4</sup>.

«Конец частной жизни» - именно так определили одну из ключевых проблем развития IT-технологий редакторы журнала "Science" М. Энзеринк и Дж. Чин<sup>5</sup>. Безусловно она [проблема] не ограничивается областью конвергенции био- и инфо- технологий, но в значительной степени затрагивает витальные ценности. С момента рождения происходит процесс фиксации данных (первоначально это антропометрические и медицинские характеристики) о человеке, которые затем дополняются сведениям о банковских счетах, картах, номерах социального страхования и т.п., а в перспективе весь геном человека может быть занесен на информационные носители. Однако понимание частной жизни и возможных степеней открытости меняется очень незначительно. По мнению указанных авторов, прежнее понимание частной жизни уже не соответствует реалиям настоящего. В таком контексте, внимание этических кодексов и других этических регламентов к частной жизни связано как с необходимостью переос-

---

<sup>1</sup> Rippen H., Risk A. e-Health code of ethics (May 24) // J Med Internet Res. 2000. Т. 2. № 2. С. Е9.

<sup>2</sup> European Commission. Opinion of the European Group on Ethics in Science and New Technologies. Ethical issues of healthcare in the information

<sup>3</sup> Kemper D. W. Hi-Ethics: Though principles for earning consumer trust // The new frontier: Exploring e-health ethics. 2001. С. 145-150.

<sup>4</sup> <http://www.imaginologia.com.br/dow/manual/Hi-Ethics.pdf>

<sup>5</sup> Enserink M., Chin G. The end of privacy // Science. 2015, 30 January. Vol. 347. № 6221. P. 490-491.

мысления прежнего формата взаимоотношений в сфере биомедицины и биотехнологий, так и со стремлением ответить на новые вызовы.

Существует множество социальных сетей, где люди делятся личной информацией, подробно описывают распорядок дня или же свое психоэмоциональное состояние. При этом не всегда они говорят от своего имени, скрываясь за так называемым ником. Однако их личность может быть сразу представлена общественности, если речь идет о новом и опасном заболевании. Так, например, через 20 минут, после того как 26 октября 2014 г. работники скорой помощи в белой защитной одежде забрали человека из его дома в голландском городе Маастрихте, информация появилась в Твиттере<sup>1</sup>.

Быстрое распространение информации не означает её быстрой перепроверки или достоверности. А погоня журналистов и блоггеров за сенсациями создают новые угрозы для частной жизни. Информация об анонимных пациентах, распространяется теперь по всему миру, например через рассылку «ProMED» и хотя имена пациентов при этом всегда редактируются, как отмечает издатель «ProMED» Ларри Мадоф (Larry Madoff), благодаря простому поиску в Гугле можно найти исходную историю с реальными именами<sup>2</sup>. Таким образом, остро встает вопрос об этических стандартах для проводимых правительствами наблюдений за распространением болезней. Примером, по мнению Э. Фэйрчайлд может быть Хельсинская декларация. Разработанная Всемирной медицинской ассоциацией, декларация представляет собой набор этических принципов проведения медицинских исследований с участием человека в качестве субъекта. В частности, в ней утверждается, что долг врача вовлеченного в медицинское исследование – "защита жизни, здоровья, достоинства, неприкосновенности, права на самоопределение, частную жизнь и конфиденциальность персональных данных субъектов исследования. Ответственность за защиту субъектов исследования всегда несет врач или иной медицинский работник, и ни в коем случае такая ответственность не может быть возложена на субъекта исследования, даже если он дал свое согласие"<sup>3</sup>. Этические принципы декларации периодически пересматриваются и дополняются.

Развитие новых технологий также привело к переосмыслению проблемы справедливости в медицине, как на уровне регионов мира, так и на уровне разных поколений пациентов. Так в статье 15 "Всеобщей декларации о биоэтике и правах человека" утверждается, что "Блага, связанные с проведением любых научных исследований и при- мнением их результатов, следует использовать совместно со всем обществом и международным сообществом, в частности с развивающимися странами. Для целей реализации настоящего принципа блага могут принимать любую из следующих форм: (а) оказание специальной и долговременной помощи и выражение признательности лицам и группам, участво-

---

<sup>1</sup> Enserink M. Risk of exposure // Science. 2015, 30 January. Vol. 347. № 6221. P. 498–500.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Хельсинкская декларация Всемирной медицинской ассоциации "Этические принципы медицинских исследований с участием человека в качестве испытуемого" [Электронный ресурс]. URL: <http://www.bioethics.ru/rus/library/id/387/> (Дата доступа 21.10.2016)

вавшим в исследованиях; (b) доступ к качественным медицинским услугам; (c) применение новых диагностических и терапевтических методик или продуктов, разработанных в результате исследований; (d) поддержка служб здравоохранения; (e) доступ к научно-техническим знаниям; (f) укрепление потенциала в области проведения исследований; (g) блага в других формах, соответствующие принципам, изложенным в настоящей Декларации". Дистанционные видеоконсультации открыли большие возможности для пациентов и для врачей, советуемых с коллегами. Но невозможность использовать имеющиеся каналы связи или их полное отсутствие поднимают вопросы справедливого доступа к ресурсам общественного здравоохранения на глобальном уровне. Еще один аспект проблемы связан со сложностями, которые испытывают люди старшего возраста при использовании новых устройств<sup>1</sup>. Рынок "мобильного здравоохранения" развивается быстрыми темпами, однако мало внимания уделяется обучению пациентов пожилого возраста, развитию навыков работы с mHealth девайсами.

Кроме того, особого внимания требует защита от несанкционированного вмешательства в работу медицинских приборов, подсоединенных к Интернету<sup>2</sup>. Казалось бы фантастическая история из американского сериала, где вмешательство в работу стимулятора сердца оказывается способом убийства политического деятеля. Эксперты по интернет-безопасности настаивают на незащищенности подобных устройств со стороны злоумышленников. По этой причине в 2007 г. вице-президента США Дик Чейни не получил одобрение от своего кардиолога по использованию беспроводного стимулятора сердца. Доступность в применении, легкость передачи данных врачу, возможность их фиксации и наблюдения динамики – все эти характеристики важны для пользователей, но часто не принимаются во внимание риски несанкционированного доступа к медицинской информации.

С. Эдвардс в проблеме защиты частной информации акцентирует внимание на двух сложностях: первая, развитие телемедицины и удаленного мониторинга фактически исключают отказ – каждый должен будет принять все возможные способы использования его персональных данных (ограничиваемые только назначенным посредником). С другой стороны, по мнению исследовательницы, постоянное получение согласия на использование персональных данных на каждое специфическое исследование – это почти нереальное предприятие, переход прагматического предела в том, о чем исследователи могут просить пациентов<sup>3</sup>. Вторая сложность, постоянный мониторинг здоровья предполагает, по сути, новую форму согласия, т.е. некую форму постоянного

---

<sup>1</sup>Grindrod K. A., Li M., Gates A. Evaluating user perceptions of mobile medication management applications with older adults: a usability study //JMIR mHealth and uHealth. 2014. Vol. 2. № 1. С. e11.

<sup>2</sup>Clery D. Could your pacemaker be hackable? // Science. 2015, 30 January. Vol. 347. № 6221. P. 499.

<sup>3</sup>Edwards S.J.L. Continuous consent to, or discreet control over digital data? // Research ethics. 2014, December. Vol. 10. № 4. P. 184– 186.

разрешения, которое может быть отозвано индивидом в любой момент. Концептуальные и практические аспекты процедуры требуют детальной проработки, но в этом же контексте надо учитывать, что многие мобильные сервисы вообще не оставляют пользователю выбора. Фактически, использование его данных уже выходит за сферу его контроля и стремление избежать рисков может означать полный отказ от сервиса. Как не допустить дискриминации и защитить персональные сведения о человеке в эпоху больших данных – вопрос, требующий привлечения специалистов и пользователей, которые испытают в дальнейшем все эффекты на себе. Такое взаимодействие обеспечит наиболее полный учет мнений заинтересованных лиц, и в тоже время будет способствовать развитию доверия. Например, система, разработанная в Массачусетском технологическом институте, дает возможность отслеживать индивидам кто и с какой целью использует их данные, а также накладывать ограничения на доступ к ним. При этом зарегистрированные пациенты имеют ряд вариантов контроля над теми, кто имеет доступ к их данным и образцам тканей. Подобная система может работать только тогда, когда поддерживается доверие пациентов. И уже перед ними возникает обязанность обдуманно подходить к использованию данных<sup>1</sup>.

Проблема информирования – еще один аспект этической проблематики, актуализированной развитием "биотехнологического комплекса". Установка этики Гиппократа, что действуя в интересах пациента, врач исходит из своего "разумения" трансформировалась в прошлом веке в новые императивы биоэтической этики в основе которых автономия и полное информирование пациента. Один из ключевых принципов этического Кодекса "электронного здравоохранения" информирование и обучение пациентов и клиентов относительно ограничение онлайн помощи. Исходя из него, специалисты здравоохранения, которые практикуют в Интернете должны четко и точно идентифицировать себя, сообщать пациентам или клиентам где они практикуют, специфику своих профессиональных полномочий и условия конкретного взаимодействия онлайн; добросовестно анализировать конкретные обстоятельства пациента или клиента, чтобы помочь ему найти ресурсы в его регионе. Важно, что в этическом Кодексе акцентируется внимание на четком и точном описании ограничений дистанционной диагностики и рекомендаций по лечению (невозможность личного обследования пациента), а также необходимости объяснения тех случаев, когда подобная консультация не может заменить личного взаимодействия с лечащим врачом. Проблема получения информации и обмена ею возникает и в связи с широким распространением пациентских форумов, где иногда реализована возможность загрузки своих данных и отслеживания (чаще с личного согласия) данных других пациентов. Эта проблематика не выходит на уровень регламентирующих документов и этических кодексов, но также требует внимания специалистов для предотвращения обмана и втягивания пациентов в сомнительные для их здоровья и лечения практики.

---

<sup>1</sup> Ibid.

Проблема расширения полномочий пациентов также активно обсуждается в связи с развитием новых видов медицинских услуг и средств контроля и мониторинга здоровья. Социолог Д. Лаптон рассматривает новые подходы в "заботе о себе", где самоконтроль и самооптимизация выходят на первый план, как культуру самотрекинга<sup>1</sup>. Последняя возникла в контексте текущего культурного момента из возможностей получать и обрабатывать большие массивы данных, пересекающегося с дискурсами и практиками индивидуализации, переосмысления ответственности за себя и расширения знаний о себе как части работы по личностному самосовершенствованию. Например, К. Данси - самый известный представитель этого движения использует одновременно около 700 сенсоров, касающихся различных аспектов его жизни<sup>2</sup>. Конечно, не все они касаются тела и здоровья. Однако для здорового человека постоянный мониторинг может означать сверх заботу, таким образом он оказывается озабочен своим здоровьем не меньше, чем больной. В этой перспективе может возникнуть позиция для медицинского взгляда – смотреть на здоровье как на предмет медицинского анализа. Традиционно сложился подход, согласно которому пристальный медицинский взгляд нужен в случае болезни, чтобы поставить диагноз и вылечить пациента. Однако, медицинские девайсы вполне способны превратить индивида в "постоянного пациента", озабоченного, даже без серьезных на то причин, различными параметрами своего тела. В результате традиционное представление о теле как самоорганизующейся системе вполне может смениться представлением о нем как предмете постоянного контроля. Степень этого контроля может повышаться вместе с развитием новых технологий. Но что дает подобный контроль? И не окажется ли он контрпродуктивным таким образом, что иллюзия контроля приведет к переоценке контролируемости ситуации, учитывая развитие тенденций самолечения в современном обществе? В таком контексте, здоровье может оказаться всего лишь проблемой техники, причем, чисто «доместифицированной техники».

Безусловно, использование mHealth устройств может внести существенный вклад в формирование здравоохранительных установок поведения – это одна из проблем, которую стремятся решить разные учреждения системы медицинской помощи. Но здесь особое значение имеет глубокий анализ и ясное понимание того, что «хорошая дисциплина» для здоровья означает. Устройства для квантификации секса, сравнивающие сексуальную активность разных пользователей (количество половых партнеров, количество и качество сексуальных контактов) не всегда могут иметь здравоохранительные измерения. Обмен подобными показателями в сети скорее выйдет на уровень социальных дискуссий о морали. С другой стороны, устройства для контроля и снижения веса могут вести к чрезмерным усилиям, и в результате к заболеваниям. Гиперконтроль потенциально содержит обратный эффект и способен стать фактором новых

---

<sup>1</sup>Lupton D. Self-tracking cultures: towards a sociology of personal informatics [Electronic data]. URL: <http://www.ozchi.org/Previous%20OzCHI%20Conferences/Previous%20OzCHI%20Conferences.html> (Дата доступа 21.10.2016)

<sup>2</sup> <http://www.chrisdancy.com/>

медицинских проблем. Например, здоровая женщина с избыточным весом может превратиться в пациентку с анорексией, постоянно фиксирующей данные в программе смартфона.

Безусловный интерес представляют возможности mHealth устройств для персонализированной медицины, на этот аспект обращают внимание многие исследователи. Превентивная и персонализированная медицина – это многообещающий и перспективный тренд развития здравоохранения, с которым ряд исследователей связывает переход к новой роли пациента: от минимального информирования к активному участию, что может рассматриваться как более широкое утверждение партнерства при оказании медицинской помощи<sup>1</sup>. Фокус на пациенте, на его индивидуальных решениях и личном выборе благоприятного жизнесберегающего стиля характерно и для mHealth. Последнее, безусловно, внесет вклад в изменение взаимоотношений пациента и врача и движется в общем русле с «4П» медицины в утверждении автономии, активности и участия пациента. Однако, возможности участия не должны стать обязанностью<sup>2</sup>, поскольку вопрос ответственности за здоровье не должен порождать новых социальных акторов в процессах техномедиализации<sup>3</sup>. В частности, в настоящее время работодатели получили множество возможностей контроля продуктивности труда через устройства самотрекинга, а в ряде стран они же поощряют использование "оздоровительных программ", влияя на стоимость медицинской страховки. Кроме того, многие страховые компании предлагают скидки для клиентов, которые обязуется использовать системы контроля здоровья, во-первых, потому что это может привести к более здоровому образу жизни, а во-вторых, потому, что таким образом страховщики получают средства моделирования риска и расчета премий<sup>4</sup>.

Кроме того, в основе превентивной медицины, как известно, находятся подходы профилактики, превентивного генетического скрининга, а самотрекинг вполне может рассматриваться как фактор формирования социального запроса на программы генетического скрининга и различные превентивные диагностические процедуры как расширение новых практик заботы о себе в социальном масштабе. Но возникает вопрос, кто будет платить за эти программы и медицинские услуги – конечный потребитель или государственные системы

---

<sup>1</sup> Swan M. Emerging patient-driven health care models: an examination of health social networks, consumer personalized medicine and quantified self-tracking //International journal of environmental research and public health. 2009. Vol. 6. №. 2. С. 492-525.

<sup>2</sup>Prainsack B. The powers of participatory medicine //PLoS Biol. 2014. Vol. 12. №. 4. С. e1001837.

<sup>3</sup>McGregor J. Fitness trackers chase after the corporate market [Electronic data]. The Washington Post.2014.URL:<http://www.washingtonpost.com/blogs/on-leadership/wp/2014/12/18/fitness-trackers-chase-after-the-corporatemarket/>;

Olson P. Wearable tech is plugging into health insurance [Electronic data]. Forbes. 2014. URL:<http://www.forbes.com/forbes/welcome/?toURL=http://www.forbes.com/sites/%20parmyolson/2014/06/19/wearable-tech-health-insurance/&refURL=&referrer=>

<sup>4</sup>Contino G. The medicalization of health and shared responsibility //The New Bioethics. 2016. Т. 22. №. 1. С. 45-55.

здравоохранения? Усиление роли медицины в таком контексте вполне можно оценивать как тенденцию «маркетизации здоровья»<sup>1</sup> таким образом, что мы можем "представить себе сценарий, в котором компании могут быть заинтересованы в предоставлении «бесплатных» услуг отслеживания здоровья в обмен на коммуникации с целевыми группами и рекламу"<sup>2</sup>. Тем самым возникнут новые возможности для пациентов, которые потребуют дальнейшей этической регламентации, пересмотра и дополнения существующих установок медицинской морали.

### Библиографический список

Хельсинкская декларация Всемирной медицинской ассоциации "Этические принципы медицинских исследований с участием человека в качестве испытуемого" [Электронный ресурс]. URL: <http://www.bioethics.ru/rus/library/id/387/> (Дата доступа 21.10.2016)

*Contino G.* The medicalization of health and shared responsibility //The New Bioethics. 2016. Т. 22. №. 1. С. 45-55.

*Conrad P., Leiter V.* Medicalization, markets and consumers //Journal of health and social behavior. 2004. С. 158-176.

*Clery D.* Could your pacemaker be hackable? // Science. 2015, 30 January. Vol. 347. № 6221. P. 499.

*Edwards S.J.L.* Continuous consent to, or discreet control over digital data? // Research ethics. 2014, December. Vol. 10. № 4. P. 184– 186.

*Enserink M., Chin G.* The end of privacy // Science. 2015, 30 January. Vol. 347. № 6221. P. 490–491.

*Enserink M.* Risk of exposure // Science. 2015, 30 January. Vol. 347. № 6221. P. 498–500.

*Grindrod K. A., Li M., Gates A.* Evaluating user perceptions of mobile medication management applications with older adults: a usability study //JMIR mHealth and uHealth. 2014. Т. 2. №. 1. С. e11.

*Kemper D. W.* Hi-Ethics: Though principles for earning consumer trust //The new frontier: Exploring e-health ethics. 2001. С. 145-150.

*Lupton D.* Self-tracking cultures: towards a sociology of personal informatics [Electronic data] URL:<http://www.ozchi.org/Previous%20OzCHI%20Conferences/Previous%20OzCHI%20Conferences.html> (Дата доступа 21.10.2016)

*McGregor J.* Fitness trackers chase after the corporate market [Электронный ресурс]. The Washington Post. 2014. URL: <http://www.washingtonpost.com/blogs/on-leadership/wp/2014/12/18/fitness-trackers-chase-after-the-corporatemarket/> . (Дата доступа 21.10.2016)

---

<sup>1</sup>Conrad P., Leiter V. Medicalization, markets and consumers //Journal of health and social behavior. 2004. С. 158-176.

<sup>2</sup>Contino G. The medicalization of health and shared responsibility //The New Bioethics. 2016. Vol. 22. №. 1. С. 45-55.

*Olson P.* Wearable tech is plugging into health insurance [Electronic data]. Forbes. 2014. URL: <http://www.forbes.com/sites/parmyols on/2014/06/19/wearable-tech-health-insurance/> (Дата доступа 21.10.2016)

*Prainsack B.* The powers of participatory medicine //PLoS Biol. 2014. Vol. 12. №. 4. С. e1001837.

*Rippen H., Risk A.* e-Health code of ethics (May 24) //J Med Internet Res. 2000. T. 2. №. 2. С. E9.

*Swan M.* Emerging patient-driven health care models: an examination of health social networks, consumer personalized medicine and quantified self-tracking //International journal of environmental research and public health. 2009. Vol. 6. №. 2. С. 492-525.

## **Антипсихиатрия: социальное конструирование психической болезни**

**(М. Фуко – философский предтеча антипсихиатрии)<sup>1</sup>**

*А.Я. Иванюшкин*

### **Antipsychiatry: the social construction of mental illness**

**(Foucault as a philosophical forerunner of the antipsychiatry)**

*A. Y. Ivanyushykin*

**Аннотация.** В статье рассматриваются социокультурные и философские истоки антипсихиатрии как опыта конструирования психической болезни. Автор уделяет особое внимание личности и творчеству Мишеля Фуко, критически анализирует трактовку истории психиатрии в его работе "История безумия в классическую эпоху".

**Ключевые слова:** история психиатрии, реформы Пинеля, антипсихиатрия, социальное конструирование, онтология безумия

**Abstract.** The author examines the socio-cultural and philosophical origins of antipsychiatry, which are the experience of mental disease constructing. Particular attention is paid to works of Michel Foucault whose concept of the history of psychiatry ("Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason") critically analyzed by the author.

**Keywords:** history of psychiatry, Pinel's reforms, antipsychiatry, social construction, ontology of madness

Психиатрия как клиническая дисциплина стоит особняком в системе биомедицинских наук. Основоположник отечественной клинической психиатрии С.С. Корсаков писал: «Психиатрия из всех медицинских наук наиболее близко

---

<sup>1</sup> Подготовлено при поддержке РГНФ (проект «Философский анализ проектов конструирования человека: идеалы и технологии», грант № 15-23-01008а(м)).