

ТРАНСФОРМАЦИЯ РОЛИ ЭКСПЕРТА В СИТУАЦИИ РИСКА И НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ ПРИ
ВНЕДРЕНИИ БИОТЕХНОЛОГИЙ

Автор: В. В. ПОЛЯКОВА

ПОЛЯКОВА Валентина Валерьевна - аспирант факультета социологии ГУ-ВШЭ (E-mail: val.polak@gmail.com).

Аннотация: *Представлен широкий круг проблем, возникающих в ходе осуществления экспертиз в отношении новых биотехнологий: на предмет их эффективности и безопасности, соответствия предлагаемых способов лечения, коррекции и улучшения состояния людей как общим требованиям, предъявляемым к новым видам терапии, так и моральным и этическим нормам. Эксперт оказывается в ситуации, когда его статус и компетенция подвергаются сомнению со стороны непрофессиональной аудитории.*

Ключевые слова: *экспертиза * биотехнологии * биоэтика * контроль * дилетант * социальное взаимодействие * девиация*

Темой статьи является рассмотрение институциональных особенностей экспертиз по высоким медицинским технологиям и изменений роли экспертов в ситуации высокого потенциального риска и неопределенности последствий от их внедрения, связанных с геной и клеточной инженерией и с открывающимися благодаря этому возможностями модификации человека. В рамках одной статьи представляется невозможным представить весь широкий круг возникающих в отношении подобных экспертиз научных, социальных, этических, организационных, процедурных, материальных и иных

проблем, поэтому она носит обзорно-аналитический характер. При рассмотрении целесообразности включения новых медицинских технологий в клиническую практику эксперты должны оценивать, прежде всего, убедительность научных доказательств их эффективности и безопасности.

В наше время сфера применения новых технологий в медицине стремительно расширяется. Как отметил Б. Г. Юдин, в процессе разработки новых технологий лечения болезней и восстановления здоровья людей медицина начинает себя проявлять в нетрадиционном качестве: "задачи исцеления человека трансформируются в задачи его *улучшения*" [10, с. 17, курсив в тексте]. Так, например, генетические тесты, направленные на выявление дефектов на ранних стадиях развития эмбриона, потенциально могут быть использованы для формирования человека с заранее заданными качествами. Переход к освоению подобных технологий неизбежно наталкивается на этические барьеры. Вместе с тем движение науки корреспондирует потребностям индивидов, которые возлагают надежды на реализацию с ее помощью своих надежд: на крепкое здоровье, долгую жизнь и т.д. Однако научный прогресс всегда связан с риском и неопределенностью последствий. Внедрение в практику непроверенной технологии способно повлечь за собой необратимые последствия.

В данном контексте предметом острейших дебатов становится, с одной стороны, научное обоснование пользы новации, чистота научных изысканий, а с другой - допустимость ее разработки и введения в медицинскую практику с точки зрения этики и морали, в том числе за пределами узкопрофессионального научного сообщества, что является индикатором трансформации подхода к экспертизе.

Таким образом, развитие биотехнологий открывает четыре проблемы. *Во-первых*, встает вопрос о разработке безопасной и эффективной технологии в соответствии с принятыми научными стандартами. *Во-вторых*, любая биотехнология неизбежно подвергается внутренней (научной) экспертизе в рамках медицинского сообщества на предмет ее эффективности и безопасности. *В-третьих*, медицинской инновации требуется вписаться в систему коллективных представлений, что также осложняет процесс ее разработки и внедрения в практику. *В-четвертых*, всегда существует проблема злоупотребления, которая обостряется в ситуации использования новых технологий в условиях отсутствия четкого нормативного регулирования.

Мы попытаемся выяснить, как меняется социальная роль эксперта (и направленность экспертизы) в ситуации риска и неопределенности при внедрении новых медицинских технологий. При этом важно развести понятие экспертизы в отношении "закрытой" экспертизы (в кругу специалистов-профессионалов с недопущением "дилетантов") и "открытой" общественной экспертизы. В первом случае речь идет об экспертной оценке внутри профессионального сообщества, а во втором - о выходе за его границы и о взаимодействии между экспертом и дилетантом. Причем трансформации происходят в обоих срезам. Только в первом случае они направлены на усиление контроля над институционализацией новых технологий, а во втором доминантой, на наш взгляд, является как раз ее легитимация в общественном сознании и институционализация.

Экспертиза как результат когнитивного и интеллектуального разделения труда

Под экспертом (от лат. *expertus* - опытный) понимается специалист, дающий заключение в ходе рассмотрения какого-либо вопроса. Это слово имеет ряд синонимов: знаток, мастер, профессионал. Все они имеют общее основание - знание, компетенция. Но для того, чтобы быть экспертом, надо не только знать, но и вести себя как эксперт, чтобы легитимировать свои притязания на соответствующий статус. В существующих социологических подходах определение "эксперт" связывается с его эпистемическим статусом и ролью в системе разделения труда. Так, у одного из основоположников современной социологии науки Л. Флека эксперт определяется как

"высококласный исследователь, творчески разрабатывающий какие-либо фундаментальные проблемы" [8, с. 135]. Он четко отделяет экспертное знание от популярного и эзотерического, что служит основой для идеализации статуса экспертов и экспертного знания.

В науке институционально предусмотрен внутренний механизм экспертного оценивания знания, научных теорий и открытий перед тем, как признать их собственно научными. А. А. Кожанов выделяет четыре функции экспертизы в научной сфере: легитимация знания и его носителей, распределение ресурсов, эпистемический контроль и воспроизводство "нормальной науки" [1, с. 152]. Вначале инновация должна быть принята как достойная вынесения на публичное обсуждение в науке, от итогов которого во многом зависит перспектива развития той области знания, в которой предполагается ее осуществление, в том числе необходимая общественная и государственная поддержка. На экспертизу не должны влиять личные интересы. "Научное жюри присяжных" выносит свой вердикт в соответствии общепринятыми правилами, согласующимися с доминирующим дискурсом науки. В связи с этим оказываются неизбежными и экспертные ошибки. История науки располагает множеством примеров, когда первоначально отвергнутая теория или изобретение впоследствии принимались научным сообществом. Так, в 1860 г. Филипп Рейс создал электрический аппарат для демонстрации принципа действия уха, и в следующем году продемонстрировал перед членами Физического общества Франкфурта свое изобретение, названное им телефоном. Но оно не имело успеха, зато вдохновило других исследователей. В 1881 г. на международной выставке в Париже к телефонному аппарату уже другого изобретателя Александра Грэхема Белла выстраивались огромные очереди [23]. Можно найти аналогичные примеры экспертных ошибок в истории перспективных технических разработок, выполненных в СССР. Так, после успешного испытания в 1924 г. первой модели советского тепловоза ГЭ1, сконструированной по проекту инженера Я. М. Гаккеля, несмотря на его явно более высокие, чем у паровозов, технические показатели, "железные" наркомы Я. Э. Рудзутак, М. Л. Рухимович, А. А. Андреев, наконец, Л. М. Каганович в конце 1920-х - начале 1930-х годов сочли серийное строительство дизельных машин для железных дорог "пагубной затеей" и стали волюнтаристски развивать только паровозостроение. Из-за этого крупносерийное производство тепловозов началось в стране только с 1947 г. Не менее печальный пример - ситуация, сложившаяся в СССР в середине XX века вокруг генетики. На сессии ВАСХНИЛ 1948 г., возглавлявшейся академиком Т. Д. Лысенко, учение о наследственности было признано метафизическим направлением, подлежащим изъятию из преподавания, что негативно отразилось на советской науке [6].

Но это примеры уже разрешенных проблем и споров. На сегодняшний день не утихают споры относительно последствий для человеческого организма от употребления пищи с генно-модифицированными ингредиентами. В данном случае акцент ставится не на несовершенстве соответствующей биотехнологии, а на отсутствии достоверной информации о последствиях употребления подобных продуктов питания, которые могут проявиться гораздо позже. 15 апреля 2008 г. ООН осудила использование в сельском хозяйстве генно-модифицированных технологий [25]. Но это не помешало формированию рынка продуктов с ГМИ. При этом дебаты о возможности их потребления уже давно вышли за рамки научного сообщества. Аналогичная ситуация наблюдается и в другой области биотехнологий, такой как применение в медицине стволовых клеток человека, являющихся строительным материалом организма¹. Уже можно говорить о том, что сформировался определенный рынок соответствующих медицинских услуг, что вызывает серьезные опасения в научном сообществе, так как

¹ В отношении стволово-клеточных технологий критика в первую очередь обрушивается на исследования, связанные с применением эмбриональных стволовых клеток. Именно эти клетки обладают, по мнению ученых, наибольшим терапевтическим потенциалом, в том числе в области трансплантологии. Однако выверенных методик их эффективного и безопасного применения нет. Кроме того, их использование сталкивается с этическими барьерами.

на рынке вступают в силу свои законы и научному сообществу сложно здесь осуществлять необходимый экспертный контроль. Вместе с тем стволово-клеточную терапию на сегодня нельзя рассматривать в качестве полностью легитимированного метода.

Обратим внимание на то, что к биоэтической экспертизе новых технологий привлекаются не только специалисты соответствующей области (например, в области биологии, медицины и генетики), но и члены более широкого научного сообщества (правоведы, социологи, философы и др.), чтобы получить квалифицированные оценки не только научной стороны, но и степени риска, возможных осложнений, социальных последствий и т.д. [5]. При этом происходит расширение сферы экспертного оценивания: она включает в себя уже не только оценку соответствия проекта нормам проведения научного исследования, но и соблюдения прав человека и других этических норм. Так, выделяется пять групп исследований в области биологии и медицины в зависимости от степени этического контроля [9]:

1. Неприемлемые исследования (например, жестокие опыты на людях);
2. Исследования, требующие строгого этического контроля (например, работы в области генетики, по использованию стволовых клеток для лечения некоторых болезней крови и мозга);
3. Фундаментальные исследования, открывающие не известные ранее особенности структуры и функции организма на всех уровнях его организации;
4. Исследования, проведенные некорректно, с получением ложных данных или намеренно искаженных результатов;
5. Бессмысленные исследования.

Для экспертизы используются протоколы исследований, истории болезни пациентов и другие документы с информацией о той или иной медицинской технологии. Отбор экспертов в состав экспертной комиссии осуществляется в соответствии с институциональными нормами: бескорыстие или профессиональный альтруизм; организованный скептицизм, предполагающий критическую оценку; коллективизм (коммунизм); универсализм стандартов оценки научной деятельности [18].

Этические комитеты должны быть независимыми и состоять из представителей научного медицинского сообщества и разных социальных групп. При этом состав комитета подвергается постоянной ротации во избежание формирования групповых интересов.

Публичность науки, научных дебатов в частности, приводит к тому, что люди, не обладающие необходимой компетенцией, также начинают выполнять часть функций института экспертной оценки и сами выбирают ту или иную позицию. Будучи осведомленным, каждый в той или иной степени может чувствовать себя экспертом. Однако не стоит забывать, что экспертность в науке - это не вопрос самоопределения. Г. Коллинз подчеркивает, что экспертный статус может быть присвоен не только благодаря наличию формального образования, но и в условиях отсутствия одного при обладании соответствующим опытом [12]. Но такой эксперт должен обладать достаточным знанием для того, чтобы осуществлять реальный вклад в знание (*contributory expertise*). Дополнительно стоит отметить, что доверие экспертам во многом зависит от типа экспертного знания (например, научное или ненаучное) и от каналов его распространения. Немаловажную роль здесь играет публичная презентация информации и характеристики, которыми мы как непрофессионалы наделяем эксперта [13].

В условиях неопределенности, равно как и большого количества информации, "дилетант" сам делает выбор. Но нельзя отрицать, что он не всегда способен идентифицировать реальную компетентность и противостоять экспертной аргументации, как и оценить необходимость взаимодействия с этим экспертом. Так, например, С. Фуллер в ходе полемики с Дж. Хардвигом проблематизировал ситуацию кооперации дилетанта и эксперта. В отличие от последнего он акцентирует внимание на дисфункциональных последствиях разделения интеллектуального труда [14, р. 278]. Он доказывает, что дилетант не просто "эпистемически зависим от эксперта во всем, кроме того, где он сам эксперт" [15, р. 336] вследствие разделения труда, но эксперты ориентированы

на создание "закрытых систем" и формирование этой зависимости. В этом контексте подчеркивается, что полное доверие к экспертам нерационально и дилетант должен предварительно определиться с тем, насколько в действительности необходимо мнение эксперта и к какому эксперту стоит обратиться. Но что делать в ситуации, когда речь идет не только о выборе релевантного эксперта, но и о доверии системе знаний, идей, которые представляет конкретный эксперт (например, предложение инновационной медицинской технологии)? Логично, что в таком случае позиции эксперта становятся менее устойчивыми. Возникает проблема обоснования и легитимации его статуса и его предложений, от которых зависит решение непрофессионала. В частности, одно из требований к проведению клинического исследования - это добровольное информированное согласие пациента. Участникам эксперимента сообщают о целях, методах, предполагаемых результатах, правах и мерах защиты пациентов. Однако при отсутствии необходимых показаний той или иной терапии врач не имеет права включать индивида в группу даже при наличии добровольного согласия и даже желания с его стороны.

Отсутствие определенности приводит к изменению статуса экспертов. Им требуется обосновывать необходимость поддержки их деятельности, т.е. заново завоевывать аудиторию. Социолог науки В. Тернер выделяет 5 типов экспертов в зависимости от масштабов признания их компетентности и размеров их аудитории [21]. Первый тип экспертов - видные специалисты, достигшие всеобщего или почти всеобщего признания ввиду существующей убежденности в их эффективности и действенности. Авторитет экспертов данного типа не оспаривается (по крайней мере, в массовом порядке), никем не отвергается ошибочность картины мира, предлагаемой учеными. В качестве примера можно привести естественные науки.

Второй тип, в отличие от первого, пользуется авторитетом среди ограниченной аудитории последователей, похожей на секту. К этой категории относятся теологи. В целом, к данному типу могут быть также отнесены эксперты, лишившиеся своего повсеместного авторитета, но имеющие приверженцев и последователей, как например религиозные деятели и астрологи.

Третий тип включает экспертов, которые еще только стремятся завоевать признание аудитории. В этом случае их авторитет зависит от успеха предоставляемых услуг среди потребителей. Примером этой категории являются авторы книг по самодисциплине, помощи себе в различных ситуациях ("Как достичь успеха"), изыскания в области альтернативной медицины, экстрасенсорики и др. Свидетельство потребителей об эффективности таких экспертов служит стимулом к стремлению претендовать на большую аудиторию, вплоть до перехода в первую категорию в случае решения проблемы мобилизации ресурсов. Сюда же попадают и эксперты в области новых технологий, развитие которых вступает в противоречие с существующими социальными нормами и ценностями, и сталкиваются с этическими барьерами, как это имеет место в области стволово-клеточных биотехнологий, наряду с другими сферами биомедицины (клонированием и расшифровкой генома).

Эксперты четвертого типа также стремятся к признанию своего статуса в качестве таковых. Но при этом они начинают не с непосредственного воздействия на аудиторию, а с "убеждения потенциальных спонсоров в значимости их взглядов для конкретной (интересующей их) аудитории" [21, p. 135]. Их "субсидируют говорить как эксперт и заявлять свою экспертную позицию в надежде на то, что продвигаемые ими взгляды дойдут до сознания общественности и подтолкнут ее к определенному политическому действию или выбору" [21, p. 133].

Пятый тип является вариацией предыдущего, но нацелен не на всеобщее признание, а на работу с определенной категорией профессионалов, которые также не воспринимаются публикой в качестве экспертов. Например, таковы эксперты-экономисты, предоставляющие политическим деятелям заключения о функционировании тех или иных аспектов экономической сферы, специалисты по публичному администрированию.

Если первые три типа экспертов выделяются в зависимости от масштабов когнитивной власти, от степени соответствия их знания эпистемическому порядку, то эксперты четвертого и пятого типов являются представителями новых профессиональных занятий и выделяются на основании характера взаимодействия с политической и экономической сферой. В рамках данной статьи нас интересует главным образом первый тип экспертов. Однако эта классификация может быть полезна и при анализе положения экспертов, работающих с какой-либо новацией, в данном случае - со стволово-клеточными технологиями. Как представители научного и медицинского сообществ они, безусловно, относятся к первому типу экспертов. Но в силу специфики области деятельности их положение нередко становится похожим на положение экспертов третьего типа из-за отсутствия всеобщего признания, а также четвертого типа из-за зависимости от внешней поддержки. Вместе с тем обоснование ими притязаний на роль эксперта основывается именно на принадлежности к научному сообществу. В связи с этим здесь накладываются друг на друга проблема легитимности экспертного знания и проблема определения границ компетенции экспертов и сферы их контроля.

Последствия девиации в области разработки новых медицинских технологий

Медицинская инновация является еще и рыночным продуктом, который может приносить ту или иную выгоду. В связи с этим неизбежно возникает опасность конфликта интересов и появление девиантных форм поведения. "В той мере, в какой профессионал "зарабатывает" вознаграждение, которое определяется мнением и желаниями непрофессионалов, он подвержен соблазну изменить принципам своей профессии" [4], то есть воздействие этих и других внешних факторов ведет к формированию патологий и дисфункций в науке. Последователь Р. Мертона Б. Барбер относит к этим факторам образование, религию, идеологию, экономическую и политическую организацию общества и др. Собственно девиация в науке подразделялась Р. Мертоном на активную и пассивную [18]. В первую категорию входят мошенничество, плагиат, клевета против коллег и т.п. Во вторую - ретритизм, апатия и фантазирование. Очевидно, что в случае с новыми технологиями актуальны оба типа отклонения от профессиональных норм. Благодаря СМИ какие-то из этих случаев, так или иначе приобретают огласку, способствуя формированию критической позиции дилетанта, с одной стороны, и усилению контроля научным сообществом - с другой (например, ужесточение требований к отчетности о результатах лабораторных и клинических исследований).

Но проблема заключается не только в радикальных отклонениях от норм, регулирующих ролевое поведение эксперта. Ведь девиация - это не только предмет личной ответственности врача и ученого, но и результат институциональных изменений и корпоративизации медицины, отражающейся на логике принятия решений [подробнее см. 16, 19]. Корпоративная логика предполагает ориентацию на клиента. Однако очевидно, что клиент, будучи дилетантом, не всегда может быть прав в своих требованиях. Но если удовлетворение желаний клиента выгодно для корпорации, то их надо выполнять. Обратим внимание, что в данном случае проблема уже не в экспертной власти, которая так беспокоила С. Фуллера, сколько в утверждении рыночного паттерна взаимодействия между экспертом и дилетантом, о котором писал его оппонент Дж. Хардвиг. Однако ценность врача, руководствующегося сугубо коммерческими интересами, несоизмерима с ценностью врача, решения которого применяются в соответствии с профессиональными требованиями. В таком случае он становится ближе к тем, чья экспертность не подкреплена реальной компетенцией. Очевидно, что подобные практики способны привести к серьезным негативным последствиям для пациентов и научного направления.

Разработка и практики продвижения стволово-клеточных биотехнологий

Исследования в области медицинского применения стволовых клеток - сфера научного знания, вызывающая большой интерес у населения. С одной стороны, развитие и внедрение передовых научных разработок в медицинскую практику, безусловно, имеет социальную значимость, выходящую за пределы научных и профессиональных рамок. Они открывают возможности для решения ранее неразрешимых проблем, например, лечения таких заболеваний, как болезнь Паркинсона, Альцгеймера, диабет и другие. Это затрагивает интересы не только самих больных, но общества в целом, политиков, врачей и т.д. При этом любой инновации требуется вписаться в систему коллективных представлений о ее необходимости. С другой стороны, это приводит тому, что практика применения инновации может вступить в конфликт с привычным положением вещей и системой социальных ценностей, что и произошло с такими биомедицинскими исследованиями, как клонирование, стволово-клеточные биотехнологии, расшифровка генома. Так, существует четыре источника получения эмбриональных стволовых клеток²: продукты экстракорпорального оплодотворения; абортивный материал³; эмбрионы - продукт клонирования; эмбрионы, специально полученные для выделения стволовых клеток путем смешивания яйцеклеток и спермы.

Каждый из этих методов имеет свои этические ограничения. Ситуация усугубляется тем, что продвижение новых медицинских технологий происходит в условиях неопределенности и риска, особенно остро эта проблема стоит, когда начинается стадия клинических испытаний какого-либо препарата или способа терапии и проникновения в практическую медицину. При этом стволовые клетки широко обсуждаются в прессе, как с положительной, так и с отрицательной точки зрения. В ходе публичной дискуссии затрагивается статус людей, которые работают с конкретной медицинской технологией *in vivo* и *in vitro*. Например, в одной из статей, опубликованных на сайте медновости medportal.ru [24], рассказывается об условиях применения стволово-клеточной терапии сегодня в России и возможных рисках для пациентов. При этом ставится вопрос о добросовестности врачей, предлагающих пациентам соответствующую методику. Таким образом, на всеобщее обозрение выносятся и проблемы экспертного сообщества (нарушение этических норм отдельными его представителями). Подобного рода материалы ориентируют пациентов и не только на более осторожное и критическое восприятие рекомендаций врачей. Кроме того, исследования в сфере стволовых клеток - очень затратное мероприятие. Чтобы выполнить все этапы технологии, от выделения стволовых клеток до оценки состояния пациентов после трансплантации, требуются дорогостоящие приборы и квалифицированные сотрудники.

Проблемы, связанные с развитием биомедицинских технологий, активно исследуются социологами. При этом основная масса исследований связана с изучением публичного дискурса экспертов и его восприятия "обывателями" и потенциальными реципиентами. Так, П. Вайнгарт, К. Салзманн и С. Верманн провели анализ дебатов в немецких СМИ за 1995 - 2004 годы, вызванных исследованиями в сфере клонирования, стволово-клеточных биотехнологий и расшифровки генома человека [22]. Цель исследования состояла в том, чтобы выявить дискурсивные механизмы, используемые экспертами для того, чтобы вписать инновацию в социальный контекст и разрешить ценностный и моральный конфликт. Острота дебатов, по мнению авторов, напрямую коррелирует со степенью доверия или наоборот недоверия к ученым - разработчикам, предполагаемой чистотой их мотивации и степенью общественной уверенности в возможности эффективного регулирования реализации той или иной биомедицинской технологии. В частности, основной ценностный аргумент против клонирования

² (<http://www.ld.ru/catalog/rts/pcr/stem-ct.html>)

³ Во время оплодотворения *in vitro* обычно используют более одной оплодотворенной яйцеклетки. В результате остаются невостребованные яйцеклетки, которые можно использовать для получения стволовых клеток.

заклучался в том, что оно вступает в конфликт с ценностью человеческой индивидуальности. Но есть и другой технологический аспект - терапевтическое клонирование, которое обладает огромным потенциалом лечения ряда заболеваний и связано как раз с клеточными технологиями. Но, как показывают исследователи, это также встречается весьма скептически журналистами, которые сводят его к репродуктивному клонированию.

Как же, собственно, происходит обоснование и закрепление экспертных позиций? Б. Латур показал, что свобода деятельности экспертов ограничена интересами их аудитории. Чтобы осуществить какое-либо исследование, необходимо не только продемонстрировать актуальность решаемой в ходе него проблемы, но и найти группы, заинтересованные в соответствующих результатах [2]. Развитие и внедрение инноваций происходит сразу в нескольких социальных пространствах: экспертном, публичном, экономическом и властном. В каждом из них возникают свои проблемы, которые накладываются друг на друга. Для их преодоления инновациям необходимо накапливать "силы" [3]. Путем приведения "вещественных" доказательств и свидетельств заинтересованные в работе агенты с помощью создаваемых сетей (исследователей, клиницистов, использующих новые методы в медицинских центрах, чиновников и т.д.) убеждают свою аудиторию в необходимости проводить дальнейшие исследования, завоевывают доверие экспертов. Так появляются новые практики, роли и целые учреждения, использующие новую технологию.

Кляйнман и Клопенбург, изучив дискурс обоснования необходимости развития биотехнологий компанией "Монсанто", выделили несколько основных идеологических элементов [16]. Мы рассмотрим лишь два из них. Первый - *апелляция к полезности биотехнологий и их безопасности*. Таким образом, формируется социальный запрос на соответствующий продукт. Исследования общественного мнения об экспертах приводят к аналогичным выводам. По данным опроса, проведенного К. Критчли с целью изучения факторов доверия к исследователям эмбриональных стволовых, оказалось, что поддержка соответствующих изысканий непосредственно зависит от понимания респондентами пользы от них [11]. При этом опрошенные зачастую предпочитали, чтобы такого рода исследования осуществлялись университетами за счет государственного финансирования, а не коммерческими биотехнологическими компаниями, поскольку полагали, что продукт последних окажется дороже и будет менее доступен широким слоям населения. М. Нисбет и Р. Гойдел показали, что в США сторонники христианского консерватизма и социальной идеологии отличаются более критическим отношением к влиянию науки на общество и к исследованиям с использованием эмбриональных стволовых клеток [19]. Последнее также обусловлено неприятием абортов. Позитивное отношение к этой области биомедицины проявили те люди, которые в той или иной степени осведомлены о перспективах клеточных технологий, а также увлекаются научной фантастикой.

Второй идеологический элемент, который выделяют Кляйнман и Клопенбург на примере "Монсанто" - *некомпетентность публики в области биотехнологий*. Соответственно, публика не должна вмешиваться оценивать ситуацию. Данная идеология подверглась критике в концепциях социологии науки периода 40 - 70-х гг. XX века. Авторитет науки задействует институциональный уровень доверия и способствует укреплению социальных позиций экспертов, что особенно важно в условиях зависимости от внешних сил, например, инвесторов, которые включаются в сеть. Данный пример наглядно демонстрирует, как происходит создание экспертами "закрытых систем" за счет умелой манипуляции идеологическими элементами и завоевания доверия некомпетентной аудитории.

Заключение. Новые медицинские технологии часто вступают в конфликт с отдельными действующими социальными нормами и ценностями, что несколько ослабляет позиции его представителей в научном сообществе и публичном пространстве. Это необходимо для того, чтобы не допустить неподконтрольного проникновения новации в медицинскую практику, что существенным образом осложнит возможности

контроля над ее использованием и отслеживания отдаленных последствий ее применения. Это является ключевой проблемой.

В отличие от уже ставших традиционными методов лечения новые методы предполагают активное сотрудничество врача и пациента, партнерство между ними, предполагающее информирование пациента о применяемой технике лечения. Однако в более широком масштабе на первый план ставится необходимость обосновать осуществление соответствующих исследований и внедрения их в медицинскую практику. Впрочем популяризация не сопровождается стиранием границ между профессионалами и непрофессиональной аудиторией. Наоборот, сохраняется стремление экспертного сообщества оградить себя от вмешательства извне, сохранить свою целостность.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Кожанов А. А.* Социологические аспекты становления института экспертной оценки научного знания // Новое и старое в теоретической социологии / Под ред. Ю. Н. Давыдова. М.: ИС РАН, 2006. Кн. 4. С. 137-159.
2. *Натур Б.* Дайте мне лабораторию, и я переверну мир // Логос, 2002. N 5 - 6 (35). С. 211 - 242.
3. *Натур Б.* Нового времени не было. Эссе по симметричной антропологии / Пер. с фр. Д. Я. Калугина. СПб.: Изд-во Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2006. (Прагматический поворот; Вып. 1).
4. *Парсонс Т., Стопер Н.* Научная дисциплина и дифференциация науки / Социология науки. Учебное пособие. Составитель Э. Мирский. URL=(<http://courier.com.ru/pril.posobie/0.htm>)
5. Положение о российском комитете по биоэтике при комиссии РФ по делам ЮНЕСКО. URL=(<http://www.bioethics.ru/rus/staff/>)
6. "Прекратить преподавание фальсифицированной науки". Письмо чл. -корр. АН СССР Д. Н. Насонова Н. С. Хрущеву. Май 1954 г. URL=(<http://bioparadigma.narod.ru/pisjmo02.htm>)
7. *Тищенко П. Д.* Философские основания гуманитарной экспертизы // Знание. Понимание. Умение, 2008. N3.
8. *Флек Л.* Возникновение научного факта: введение в теорию стиля мышления и мыслительного коллектива. М.: Идея-Пресс, Дом интеллектуальной книги, 1999.
9. Этика научных исследований // Медицинская газета. 2001. 27 июля. (http://medgazeta.rusmedserv.com/2001/55/article_610.html)
10. *Юдин Б. Г.* Медицина и конструирование человека // Знание. Понимание. Умение, 2008. N 1.
11. *Christine R.* Public opinion and trust in scientists: the role of the research context, and the perceived motivation of stem cell researchers // Public Understand. Sci. 17 (2008), pp. 309 - 327. URL=(<http://pus.sagepub.com/cgi/content/abstract/17/3/3090>)
12. *Collins H.M., Evans R.* The Third Wave of Science Studies: Studies of Expertise and Experience // Social Studies of Science 32/2 (April 2002), pp. 235 - 296.
13. *Faulkner P.* The epistemic Role of Trust // Trust, Reputation, and Security, Springer 2003, pp. 30 - 38.
14. *Fuller S.* Social Epistemology. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press, 1988.
15. *Hardwig J.* Epistemic Dependence // The Journal of Philosophy. Volume LXXXII, No. 7, pp. 335 - 349.
16. *Kleinman D.L., Kloppenburg J.J.* Aiming for the Discursive High Ground: Monsanto and the Biotechnology Controversy / Sociological Forum. Vol. 6. No. 3 (Sep. 1991), pp. 427 - 447.
17. *Light D. W.* Professionalism as a Countervailing Power // Journal of Health Politics, Policy and Law 16, 1991, pp. 499 - 506.
18. *Merton R.K.* The Sociology of Science: Theoretical and Empirical Investigations / Ed. by Norman W. Storer. Chicago: University of Chicago Press, 1973.
19. *Nisbet M.C., Goidel R.K.* Understanding citizen perceptions of science controversy: bridging the ethnographic survey research divide // Public Understand. Sci. 16 (2007), pp. 421 - 440. URL=(<http://pus.sagepub.com/cgi/content/abstract/16/4/421>)
20. *Timmermans S., Kolker E.S.* Evidence-Based Medicine and the Reconfiguration of Medical Knowledge // Journal of Health and Social Behavior. Vol. 45. 2004, pp. 177 - 193.
21. *Turner S.* What is the Problem with Experts? // Social Studies of Science, 31/1 (February 2001). Pp. 123 - 149.
22. *Weingart P., Salzmann G., Wormann S.* The social embedding of biomedicine: an analysis of German media debates 1995 - 2004 // Public Understand. Sci. 17 (2008), pp. 5381 - 396. URL=(<http://pus.sagepub.com/cgi/content/abstract/17/3/381>)
23. URL = (<http://www.ktopridumal.ru/phone.html>)
24. URL = (<http://medportal.ru/mednovosti/main/2008/12/08/stem/>)
25. URL = (http://www.oagb.ru/info.php?txt_id=17&nid=7082&page=0)