- 21. Хайдеггер М. Время и бытиё // Время и бытиё. Статьи и выступления. СПб.: Наука, 2007.
 - 22. Badiou A. Logics of Worlds. New York: Continuum, 2009.
- 23. Badiou A. Platonism and Mathematical Ontology // Badiou A. Theoretical Writings, transl. by Ray Brassier. London New York: Continuum, 2004.
- 24. Badiou A. The Idea of Communism // Badiou A. The Communist Hypothesis. New York: Verso, 2010.
- 25. Hobbes, T. Leviathan: Or the Matter, Form and Power of a Commonwealth Ecclesiasticall and Civil. Edited by Michael Oakeshott. With introduction by Richard S. Peters. London: Collier MacMillan Publishers, 1962.
- 26. Jenkins K. Introduction: On being open about our closures // The Postmodern History Reader. London New York, 1997.
- 27. Nancy J-L. The Jurisdiction of the Hegelian Monarchy // Social Research. Vol. 49. No. 2. Current French Philosophy. Summer 1982. P. 481–516.
- 28. Ranciere J. The names of history: on the poetics of knowledge. University of Minnesota Press, 1994.
- 29. Regicide and Revolution: Speeches at the Trial of Louis XVI. Ed. by Michael Walzer. New York: Columbia University Press, 1992.
- 30. White H. Metahistory. The Historical Imagination in Nineteenth-Century Europe. Baltimor&London, 1973.

Б. М. Завьялов

Биоэтика: коммуникативное обоснование медицинской этики

УДК 378.1

В статье обосновывается понимание биоэтики как философской дисциплины, которая обеспечивает коммуникативное обоснование этоса медицины. В этой связи формулируются «простые начала врачевания», лежащие в основе медицинской практики.

Ключевые слова: биоэтика, коммуникативное обоснование, медицина как знание и практика, простые начала врачевания.

B. M. Zavyalov. Bioethics: communicative justification of medical ethics

87

[©] Завьялов Б. М., 2013

The article explains the philosophical understanding of bioethics as a discipline that provides the communicative rationale of ethos of medicine. In this context, the underlying medical practice the «simple beginnings of healing» are formulated.

Key words: bioethics, communicative rationale, medicine as knowledge and practice, simple beginnings of healing.

Возникновение биоэтики как самостоятельной дисциплины в системе современного знания о человеке и человеческом поведении является результатом прогресса медицины и биологии. Этот прогресс, с одной стороны, привел к закреплению статуса научности за медицинским знанием, снабдив его как мощной экспериментальной базой, так и теоретическими моделями, возникшими в рамках бурно развивающейся, полидисциплинарной биологической науки, а с другой, окончательно трансформировал искусство врачевания в специфическую индустрию по оказанию услуг в сфере заботы о здоровье.

Если мы будем исходить из того, что современная медицинская наука сохраняет в себе гуманитарную составляющую, иначе говоря, использует наряду с естественно-научными и гуманитарно-социальные методы и средства, то уже это задает необходимость поиска этической легитимации как получения, так и использования медицинского знания. Дело в том, что социально-гуманитарное знание в условиях функционирования современного социума может использоваться в корыстных целях, служить весьма эффективным средством возвышения одних индивидов (социальных групп) над другими, а также формой манипуляции индивидами, социальными группами, слоями.

Если же иметь в виду превращение медицины в индустрию, то ее этическая легитимация становится неотложным запросом времени, поскольку уже сейчас в рамках медико-биологической индустрии практически созданы условия для масштабного конструирования новой психической и телесной конфигурации человека.

Таким образом, можно определить главную задачу, которую призвана решать биоэтика (биомедицинская этика), — это осмысление этических проблем современной медицины, обеспечивающее ее легитимность. Из такого понимания задачи биоэтики вытекает ее особое положение в системе знаний о человеке и социально-антропологических практик, в которые она встраивается. Это — место медиатора,

посредника: между гуманитарной и естественно-научной составляющими медицинского знания, между его философскими основаниями и специально-научными концептами; между общечеловеческими (выраженными через национально-культурные особенности) и профессионально-медицинскими (корпоративными), традиционными и инновационными моральными парадигмами, кодексами; между юридической и этической формами легитимации медицины. Исходя из такого определения круга задач и места биоэтики в системе современного знания и социально-антропологического праксиса, можно сделать вывод, что мы имеем дело с одной из современных форм конструирования и трансляции в культуру философского дискурса.

Если, в данном случае, речь идет о философском дискурсе, то становится очевидным, что построение биоэтики отнюдь не исчерпывается описанием морально-этических коллизий и способов их разрешения в медицинском знании и медицинской практике; важнее другое — экспликация и прояснение фундаментальных смыслов, лежащих в основе медицины и врачевания, а также диагностика и предостережение о последствиях их трансформации в пространстве современного социума и культуры. При таком смещении акцентов в построении биоэтики, на наш взгляд, открываются возможности избежать редукции этических оснований медицины к профессиональному этикету или правовому регулированию врачебной деятельности. В свою очередь, предъявляемые к медицине и врачеванию этические требования через включение в диалогическую среду философского дискурса избавляются от декларативности, иначе говоря, получают коммуникативное обоснование.

Этот тип обоснования сложился в философии 20-го в. и предполагает отказ от установки на привилегированность философского дискурса как выражающего всеобщую истину. Но, одновременно, коммуникативное обоснование акцентирует значимость философии в плане поддержания непрерывности диалога (наведения мостов) между различными типами и видами дискурсов (специализированного и профанного, научного и повседневного, религиозного и секулярного, морального и юридического и т. д.), которая только и может обеспечить понимание и признание другого, а значит достижение согласования позиций, согласия как результата равноправного диалога, соли-

дарности как результата признания совместности многообразного социально-культурного пространства. Такова, как мы полагаем, главная линия в разработке проблемы легитимации современной медицины как знания и практики.

Один из возможных вариантов движения в этом направлении хотелось бы здесь предложить.

Простые начала врачевания

Попробуем говорить о простых и потому очевидных вещах. О таких вещах, которые именно в силу своей простоты и очевидности нам кажутся банальными, само собой разумеющимися, а значит и не требующими пристального и постоянного внимания. Так мы, освобождая себя от усилия продумывать простое и очевидное, предаем его забвению. Но рано или поздно наступает время, когда мы понимаем, что опереться можно только на него.

Итак, нам надо попытаться вернуться к фундаментальным смыслам врачевания, совместно продумать его простые начала. И тогда окажется, что они исходно этичны. Слово «этическое» здесь берется в своем изначальном значении, как относящееся к основам достойной жизни, поведения. Этическое, таким образом, не набор внешних по отношению к человеческому поведению правил и предписаний, а его внутренний смысл. Не случайно здесь используется архаичное слово «врачевание», заменяющее принятое в наше время, — «врачебная деятельность». Думается, через слово «врачевать» нам легче будет вернуться к традиции русской медицины относиться к делу врача не узко технологично, а учитывая как раз его этическую составляющую.

Простые начала врачевания — это фундаментальные смыслы, которые организуют пространство медицинской практики и формируются под воздействием культурно-исторического контекста, то есть общего, исторически изменчивого и многомерного, социального пространства. Сколь бы сложно ни было организовано современное медицинское пространство как система отношений и видов деятельности, обеспечивающих функционирование и развитие в обществе заботы о здоровье, исходным в его строении является взаимоотношение между врачом и пациентом. Какие же смысловые предпочтения определяют это взаимоотношение, до каких пределов они трансформируемы под воздействием современных социальных практик?

Лечить не болезнь, а больного

Обратимся к этому широко известному постулату. Именно в связи с ним возникли и закрепились в истории медицинской практики следующие этические принципы: «не навреди», «делай добро», «выполняй долг врача», «уважай достоинство и права пациента» [6:23–36]. В чем же, однако, смысл выраженной в приведенном постулате альтернативы и сохраняет ли она свою бесспорность сегодня?

Во-первых, эта альтернатива указывает на исторический поворот, который еще со времен Гиппократа выделил медицину как человекоразмерное, связанное с заботой о здоровье, искусство (рационально организованное мастерство) из совокупности ритуалов и обрядов, священнодействий и магических манипуляций, при помощи которых родовой индивид стремился добиться или благоволения, действующих на него неведомых сил, или освобождения от их разрушающего, злобного воздействия. Поворот к человекоразмерной медицине означал, что болезнь – это не результат порчи, наведенной извне, кара богов или каких-то мистических сил, а дисгармония человеческого существования, которая может быть исправлена, благодаря искусству врачевания, особой практики межсубъектного, человеческого взаимодействия. Означал ли этот поворот, что медицина, врачевание в дальнейшем не возвращалась к своему мистически-магическому состоянию, что его элементы напрочь отсутствуют в современных практиках заботы о здоровье? Конечно, нет. Но, бесспорно, вектор человекоразмерной медицинской практики и знания был задан.

Во-вторых, альтернатива «лечить болезнь или больного» актуализируется тогда, когда медицина прочно утверждается в качестве опирающегося на эксперимент и теоретические концепты знания, когда практика врачевания становится технологически оснащенной и социально организованной, иначе говоря, когда возникает клиническая медицина. Эти преобразования в деле врачевания делают все более значимыми в его процессе субъект-объектные взаимодействия. Субъектная целостность больного, единство души и тела расщепляются. Субъект-субъектное взаимодействие врача и больного (пациента) отступает на второй план. По-видимому, осознание этой новой ситуации в медицине приходит на рубеже XIX—XX вв.

В русской медицинской традиции против технологического объективизма, попирающего личное достоинство и права человека, ярко выступал В. В. Вересаев [2]. А религиозный мыслитель 20-го в. Иван Александрович Ильин в своей статье «Призвание врача» оценивал технологический объективизм как несоответствующий русской традиции врачевания. «Согласно этой традиции, деятельность врача есть дело служения, а не дохода; а в обхождении с больными это есть не обобщающее, а индивидуализирующее рассмотрение; и в диагнозе — мы призваны не к отвлеченной «конструкции» болезни, а к созерцанию ее своеобразия. ...Служение врача есть служение любви и сострадания; он призван любовно обходиться с больным» [3:349].

В современной литературе по биоэтике рассматривают различные модели взаимоотношения врача и больного: патерналистскую, инженерную, контрактную, коллегиальную (или информированного согласия) [7:56–83]. Первая из них, патерналистская, представляет собой выработанную за века традицию понимать субъект-субъектное отношение врача и больного как исходное в процессе врачевания, но не равновесное, поскольку врач лучше, чем больной, знает, что полезнее для его здоровья. Развитие медицинской индустрии сделало популярной так называемую инженерную модель. В данном случае врач выступает по отношению к больному как биотехнолог, деятельность которого, прежде всего, направлена на исправление его телесных патологий. Больной для врача тогда теряет свою субъектную целостность, центрированную в его Я или душе.

Для технологически ориентированной, опирающейся на впечатляющие достижения современной биологической науки медицины понятия «души», возвышающегося над телом «Я», становятся химерами. Однако это «освобождение» от души оказывается иллюзорным. Показательна в этом смысле оценка данной ситуации, сделанная постмодернистски ориентированным философом Ю. Кристевой. «Научные достижения, особенно в области биологии и нейробиологии, позволяют надеяться на смерть души. В конце концов, нуждаемся ли мы еще в этой тысячелетней химере, когда секреты нейронов, их поведение, их электризованность все более и более расшифровываются?... Однако субъект с его душой, которую считали изгнанницей «истинной» науки, возвращается галопом в наиболее софистические биоло-

гические теории под знаменем когнитивизма. «Образ присутствует в мозгу до объекта», – утверждают биологи. «...Я не вижу (...) как постигать ментальное действие без репрезентации цели, то есть без субъекта, который пытается репрезентировать самого себя и ожидаемую цель»» [4:255–256]. Вывод очевиден. Не говоря уже о практике врачевания, даже современную медицинскую науку невозможно корректно строить без обращения к таким феноменам, как сознание, Ятело, субъективность, индивидуальная неповторимость.

Иногда кажется, что крайности инженерной модели взаимоотношения врача и больного, как и неравновесность, неравноправие между ними, присутствующая в традиционном патернализме, снимаются в контрактной или коллегиальной (информированного согласия) моделях. Формально в этих моделях субъект-субъектные отношения между врачом и больным выдвигаются на первый план. Но это справедливо скорее только в экономических и юридических аспектах. В контрактной модели фигура врача олицетворяет предложение услуги на рынке медицинской индустрии заботы о здоровье, тогда больной – это клиент, олицетворяющий сложившийся на этом рынке спрос. Основой их взаимодействия является контракт, четко определяющий обязанности и права сторон. При этом следует помнить, что качество предоставляемой медицинской услуги в этом случае однозначно может быть измерено только в денежном выражении, а выставление претензий также сопряжено с денежными затратами. Возникает два вопроса: всегда ли такой подход исчерпывающе эффективен и насколько он справедлив в социальном смысле?

Если в контрактной модели главный акцент делается на экономическую сторону медицинской практики, то в коллегиальной модели главное — это обеспечение прав больного, пациента. Он равноправный партнер врача в оценке диагноза, в выборе средств и методов лечения. Согласие больного необходимо во всех случаях врачебного вмешательства в мир его телесной, психосоматической, психической жизни, иначе говоря, в мир его неповторимой экзистенции. Кажется, такая модель идеальна и наиболее соответствует приоритетам гражданина и личности в современном праве. Но возможно ли юридически регламентировать все нюансы взаимоотношений медицинской корпорации, медицинского сообщества и ее пациента, конкретного врача и кон-

кретного больного? Вероятнее всего, нет. Вне поля правовой регламентации остаются имеющие долгую предысторию традиции, ценности и нормы, организующие пространство медицинских практик, и среди них особое место занимают моральные предписания.

Следует также подчеркнуть, что неравновесность субъект-субъектных отношений врача и больного определяется не только разницей компетенций или степенью информированности. Различны мотивации, которые привели к встрече врача и больного в медицинском пространстве: для одного — это забота о чужом здоровье, для другого — о своем собственном. Различна у каждого из названных и доминанта отношения к себе, которая определяет отношение к другому: я — больной, ищущий помощи у того, кто может ее оказать; я — врачующий (по призванию или профессии), к которому обращается за помощью тот, кто считает себя больным. Все сказанное склоняет нас к выводу, что патерналистская модель является фундаментальной для врачевания.

В основе взаимодействия врача и больного мы обнаруживаем феномены боли, болезни и исцеления. Вокруг этих феноменов и структурируется пространство врачевания, вся сложная, дифференцированная по меркам современного социума система медицинского пространства, совокупность медико-биологических практик, в рамках которых организуется сегодня забота о здоровье.

С чем мы приходим к врачу? С болью. Но что такое наша боль? Она не только психофизиологическая реакция на гистобиохимические проблемы, возникающие в организме, но и состояние пациента, переживающего и осознающего эту боль. Осознание боли не только как временного дискомфорта, но и как угрозы для полноценной жизни есть фиксация болезни. Убеждение и цивилизованная привычка в случае болезни обращаться к врачу ведет заболевшего к нему на прием. Очевидно, к врачу приходит не болезнь, а больной, т. е. вполне определенный человек, уже каким-то образом осознавший себя в качестве больного или, по меньшей мере, засомневавшийся в своем здоровье. Будем помнить также, что тот больной, который пришел на прием к врачу, как правило, испытывает доверие к его делу, к его способности понять и помочь. Иногда среди медиков можно услышать такую шутку: врач — это от слова «врать». Отдадим должное

юмору врачей и попробуем истолковать это слово иначе: «врач» – это от слова «врата». Врач – это врата надежды для больного. Тогда врачевать – это значит искать врата к здоровью, к полноценной жизни.

Кто уклоняется от встречи с врачом, хотя и почувствовал себя больным? Тот, кто потерял надежду и веру в него. Есть ли основания в современном медицинском деле для такого сомнения? К сожалению, есть. Однако будет справедливым сказать, что в поисках «широких врат» к здоровью, больной рискует попасть в объятия сомнительных целителей, знахарей, различного рода шарлатанов от медицины. Чем же подкупают страждущего названные персонажи? Прежде всего, тем, что направленно «работают» с отношением больного к болезни. Манипулируя его психикой, они делают ставку на желание быстрого и легкого выздоровления.

Что может противопоставить этому профессиональный врач? Единство работы по разрешению гистобиохимической проблемы больного с работой по отношению больного к своей болезни. Если первая требует исключительно профессиональных знаний, навыков и умений, то вторая не может быть обеспечена только ими (например, психологическими знаниями и умениями). Смысл работы врача с отношением больного к своей болезни состоит в том, чтобы, утверждая доверие к себе, к своему делу, превратить больного в своего союзника в разработке плана лечения, в мобилизации его чувства самосохранения, в пробуждении энергии выздоровления. По-видимому, как раз это и называют искусством врача. И в основе этого искусства лежит умелое обращение со словом.

Найти слово, которое лечит

Врач — не биотехнолог. «Настоящее врачевание, — как писал в уже названной работе И. Ильин, — не просто старается устранить лекарствами известные неприятные и болезненные симптомы, нет, оно побуждает организм, чтобы он сам преодолел эти симптомы и больше не воспроизводил их» [3:349]. Побудительным началом энергии выздоровления является слово врача.

Мы живем в мире все возрастающей мощи слова. Эта мощь прирастает благодаря современной технике массовых коммуникаций. Слова двигаются все быстрее, тиражируются и множатся в огромных количествах, охватывают и заполняют все пространство человеческой

жизни. Тиражируемое, массовое слово – это слово для многих, но не для кого в отдельности. Оно, по сути дела, – анонимно и обезличено, инструктивно-рецептурно и специализированно-функционально. Это слово потеряло голос, обращенный лично к нам. Человек, лишенный такого слова, перестает аккумулировать живую энергию другого. Он становится одиноким и теряет способность делиться душевным теплом с другими. А его собственное слово теперь безлико, усредненно, бездушно-функционально. Но есть такие сферы жизни, которые только и задаются личностным голосом слова. К таковым, бесспорно, относится практика врачевания.

Врач ведет с больным индивидуально-личностный диалог на всем протяжении их совместного поиска пути к выздоровлению. Этот диалог начинается с вопроса врача: на что жалуетесь? За ним следует рассказ больного об истории своей болезни, как он ее осознал и понял. Анамнез – это медицинский вариант исповеди, которая с надеждой на помощь обращена к врачу. Можно ли отмахнуться от этой исповеди, если она кажется слишком длинной и путанной? Сделать так - это, значит, с первого шага потерять в больном своего союзника в борьбе с болезнью. Вслушиваться в слово больного как выражающее его личностное состояние страдания и надежды - первая составляющая врачебного диалога. Вторая – это слово самого врача. Каким же должно быть это слово? Оно обращено всегда к конкретной личности и призвано выразить понимание и участие, сопровождающее весь процесс лечения. Обращенное к больному, слово врача служит построению такого отношения больного к своей болезни, которое ориентировано на ее последовательное и энергичное преодоление, т. е. на исцеление. Как пишет Ж. Лакан, «исцеление – это требование, за которым стоит голос страдающего, страдающего душой и телом. Удивительно то, что он таки получает ответ и что испокон веку медицина попадала в точку, находя именно то слово, которое было нужно» [5:14]. Чтобы слово попало в точку, оно должно быть внятным, помнящим и участным.

Внятное здесь – это значит ясно и доступно выражающее суть того, что происходит с больным. Внятное – это значит не юлящее, не заместимое другим, пригодное для данной конкретной ситуации. Помнящим будет такое слово, которое не оторвано от своих истоков,

от своей укорененности в культурной традиции. Слово, потерявшее культурную укорененность, пусто и слепо, это слово-функция, которое легко превратить в орудие манипулятивного воздействия, в средство контроля над личностью. Именно таким словом оперирует реклама, политтехнология, шоу-бизнес, тоталитарные секты, а также современные маги-целители. Здесь оскопированное слово используют как пусковой механизм эффектов бессознательного. Помнящее же слово противостоит этому своему теневому и агрессивному двойнику. Участным же будет такое слово, которое разделено с другим, которое участвует в его жизни, тем самым соединяя нас в общей обители.

Таким образом, врачевать — это владеть искусством внятного, помнящего, участного слова. О таком слове говорят, что оно лечит. Да, слово лечит, но не вылечивает, как не вылечивает лекарство. Вылечивает врач, сделавший своим союзником больного. Вылечивается больной, став союзником врача. Врач — ведущая фигура в этом взаимодействии.

Врачевание как профессиональная форма конкретно-личностной ответственности

Больной обращается к врачу с верой и надеждой на исцеление. Исцелиться – значит вновь испытать радость здоровья и полноценной жизни, т. е. вернуть себе целостность. Болезнь и страдание – это потеря целостности жизни и прозрение со стороны больного о её безусловной ценности. Врачевание разворачивается вокруг дела жизни и здоровья. Его главный смысл состоит в том, чтобы найти пути к возвращению страдающему утраченной целостности жизни и тем самым подтвердить ее ценность в новом обретении. Страдание от утраты и радость от возвращения целостности жизни дают нам возможность быть ответственными за свою жизнь и здоровье. Важнейшим уроком этого испытания для человека, если он готов из него извлекать уроки, является понимание самоценности жизни и здоровья для человеческого существования вообще, а это означает признание доли своей ответственности за жизнь и здоровье любого другого конкретного человека, с которым нас сводит судьба. Как точно выразился М. М. Бахтин, «жизнь может быть осознана только в конкретной ответственности» [1:54]. Именно из этого осознания конкретной ответственности за целостность не только своей, но и другой человеческой жизни проистекает понимание значимости сострадания и милосердия. Такой путь извлечения уроков из испытаний жизни ведет к зрелости личности.

То, что может быть только личным испытанием пациента, для врача является фундаментальным началом профессиональной деятельности. Больной вручает врачу долю ответственности за свою собственную жизнь и здоровье, рассчитывая на его сострадание и милосердное служение. Причем, не в каком-то обобщенном виде, а по отношению к нему лично. Именно это определяет особый характер ответственности врача: она всегда конкретно личностна. Таким образом, во врачевании как разновидности профессиональной деятельности неискоренимо присутствует то, что не измеряется только уровнем знаний и навыков, а именно: способность и готовность нести ответственность за жизнь и здоровье конкретного человека, поскольку именно это задает конечный смысл работы врача.

Ответственность врача требует особого мужества и зрелости личности. Даже в сравнении с профессией воинского начальника, которому в условиях войны дано право распоряжаться жизнью других людей (например, рискнуть жизнью немногих ради жизни большинства, ради победы над врагом), выбор врача не может обосновываться аргументом более предпочтительного блага, чем здоровье и жизнь здесь и сейчас данного, конкретного человека. Выбор врача — это всегда выбор в пользу страждущего спасения больного. Каждый шаг в процессе врачевания, связанный с принятием решения, определяется этим выбором.

Ответственность вообще безжизненна. Она обретает действительность в исполнении, когда встроена в ответственный поступок, в ответственное деяние. Ответственен тот, кто способен брать ответственность за то, что делает здесь и сейчас. Ответственность врача является предельным выражением конкретной ответственности, потому что она осуществляется перед лицом индивидуально-конкретной человеческой жизни. Ответственность врача конкретна, потому что в ней соединяется профессиональная и личностная ответственность. Она, наконец, конкретна и в том смысле, что являет собой непосредственный и зримый образец человеческого служения, а если быть более точным, – милосердного служения.

1. Бахтин М. М. Человек в мире слова. М.: Издательство Российского открытого университета, 1995.

- 2. Вересаев В. В. Записки врача. По поводу «Записок врача» // Собр. соч.: в 4 т. М.: Правда, 1985. Т. 1.
 - 3. Ильин И. А. Путь к очевидности. М.: Республика, 1993.
- 4. Кристева Ю. Душа и образ // Интенциональность и текстуальность. Философская мысль Франции XX века. Томск: Водолей, 1998.
 - 5. Лакан Ж. Телевидение. М.: Гнозис, 2000.
- 6. Силуянова И. В. Биоэтика в России: ценности и законы. М.: Грант, 2001.
 - 7. Шамов И. А. Биомедицинская этика. Махачкала: ИПЦ ДГМА, 2005.

В. В. Муравьев

Идея социальной справедливости в религиозной и светской этике

УДК 2.314.17

Социальная справедливость — универсальное нравственное понятие религиозных и светских этических комплексов. Источники формирования содержания этой идеи разделяются на два типа: натуральные и священные. К натуральным относятся: а) законы мира и общества; б) природа человека. Ко второму типу принадлежат: в) священные откровения и тексты; г) жизнь и учение посланников. В этических комплексах могут иметь место соединение, комбинация указанных источников.

Ключевые слова: справедливость, общество, мораль, религия.

V. V. Muravyev. Conceptions of social justice at religious and secular ethics The idea of social justice is universal for religious and secular moral systems. Sources of it may be divided for two kinds: natural and sacred. Natural sources are: a) laws of The Universe and human society; b) human nature. Sa-

[©] Муравьев В. В., 2013