



студентам
высших
учебных
заведений

ОСНОВЫ БИОЭТИКИ



ВУЗ. Студентам высших учебных заведений

Коллектив авторов
Основы биоэтики

«Вышэйшая школа»

2009

УДК 608.1(075.8)
ББК 87.75я73

Коллектив авторов

Основы биоэтики / Коллектив авторов — «Вышэйшая школа», 2009 — (ВУЗ. Студентам высших учебных заведений)

Рассматриваются вопросы сущности, статуса и функций биоэтики, ее генезиса и исторической эволюции. Выявляются междисциплинарные стратегии и приоритеты биоэтики. Анализируются морально-этические, организационные и нравственные аспекты жизни и смерти, трансплантологии, психиатрической помощи, применения новых генно-инженерных технологий, манипуляций со стволовыми клетками, клонирования человека, регулирования биобезопасности и биомедицинских исследований с участием человека и животных. Для студентов, магистрантов, аспирантов, преподавателей медицинских, биологических и других специальностей высших учебных заведений, а также всех тех, кто интересуется проблемами биоэтики, этикой современных научных исследований.

УДК 608.1(075.8)
ББК 87.75я73

© Коллектив авторов, 2009
© Вышэйшая школа, 2009

Содержание

Предисловие	6
Глава 1. Нравственные ориентиры современной науки	8
1.1. Современная наука на пути к нравственности, открытости и гуманистическим ценностям	8
1.2. Междисциплинарный потенциал современной науки: экология, биофилософия, биополитика и биоэтика	12
1.3. Антропологический и моральный поворот в современной науке и социокультурные предпосылки становления биоэтики.	18
Свобода и ответственность современного ученого	
Вопросы для самопроверки	24
Литература	25
Глава 2. Проблемное поле, универсальные принципы и моральные ценности биоэтики	26
2.1. Место и роль биоэтики в системе прикладного этического знания	26
2.2. Биоэтика: особенности, круг проблем	30
2.3. Универсальные этические принципы и нормы биоэтики	34
2.4. Специфика высших моральных ценностей в биоэтике	38
2.4.1. Категории «добро» и «зло»	38
2.4.2. Категории «страдание» и «сострадание»	38
2.4.3. Свобода и моральная ответственность	40
2.4.4. Право на риск и ошибку	42
2.4.5. Особенности долга в медицинской этике	44
2.4.6. Понятия чести и достоинства в биоэтике	45
Вопросы для самопроверки	47
Литература	48
Глава 3. Феномен жизни и смерти человека	50
3.1. Жизнь как высшая ценность. Этические аспекты дискуссий о начале человеческой жизни, абортах, репродуктивных технологиях, контрацепции	50
3.2. Проблема смерти в философском и медицинском измерениях. Эвтаназия, достойное умирание, хосписы	56
Конец ознакомительного фрагмента.	64

Основы биоэтики

© Издательство «Высшая школа», 2009

Предисловие

Сегодня наблюдаются ярко выраженные реальные основания междисциплинарного синтеза знания, что связано с поворотами, произошедшими в науке в последние десятилетия прошлого века: в орбиту научного исследования попали сложноорганизованные, саморазвивающиеся (человекообразные) объекты, которые невозможно изучить в рамках одной научной дисциплины только ее методами, изолированно, вне целостной системы научного знания. Сохранение таких систем (в которые включен сам человек) зависит от манипулирования отдельными компонентами системы. При изучении «человекообразных» объектов, уже доминирующих в современной науке, поиск истины освещается гуманистическими ценностями и моральными ориентирами. В состав объясняющих положений нового научного знания предполагается включение аксиологических аргументов и установление связей между этическими ценностями науки и нормами общесоциального характера. Аксиологические и гуманистические ориентации, внутренне присущие социально-гуманитарному знанию, в современной науке приобретают универсальный характер.

Тенденция взаимосвязи отдельных наук выражается в интеграции естественнонаучного, социогуманитарного и технического знания; взаимодействии биологического и гуманитарного знания, существенно влияющего на изменение стратегии научного поиска в целом и способствующего становлению новых научных направлений. Биофилософия – комплексная, междисциплинарная отрасль знания, вскрывающая проблемы Универсума через призму феномена жизни, биополитика, ставящая задачи выяснения эволюционно-биологических корней человеческого общества и государственности, исследования биологических основ и ограничения поведения индивидов и групп в политически важных ситуациях (бунт, уличные шествия, избирательные кампании и др.), *синергетика* — наука о саморазвивающихся системах и т. д.

В процессе взаимодействия биологии, медицины и этики формируется *биоэтика* как междисциплинарное научное направление, академическая дисциплина и социальный институт. Биоэтика опредмечивается в контексте общей стилистики, характерной для постнеклассической науки последней трети XX в., когда в ткань науки входят непривычные для классической науки идеалы блага человека и человечества, нормы морали, добра, долга, ответственности за результаты, полученные в процессе научного изучения человекообразных объектов.

Основное предназначение биоэтики как интегративного междисциплинарного направления в современной науке заключается в систематическом анализе действий человека в биологии и медицине в свете нравственных ценностей, в разработке новых гуманистических и моральных принципов научного исследования в таких тонких сферах, как клонирование человека, генная инженерия, защита прав и достоинств человека при проведении биомедицинских исследований, экспериментальная деятельность с животными; формирование морально-правовых и социально-этических основ решений в области трансплантации органов, эвтаназии, психиатрии и др.

Современные проблемы биомедицинской этики предполагают открытый диалог представителей различных областей знания – медиков, философов, этиков, юристов и др.

Учебное пособие подготовлено специалистами различных наук и областей знания. В конце книги имеется словарь терминов. Ссылки на термины даются в квадратных скобках.

Авторами отдельных глав и параграфов являются:

Я. С. Яскевич — д-р филос. наук, проф., Белорусский государственный экономический университет, зам. председателя Национального комитета по биоэтике Республики Беларусь (предисловие, 1.1, 1.2, 3, 4.1, 5.1, 5.3, 10.2, заключение, словарь терминов); *С. Д. Денисов*

— канд. мед. наук, проф., Белорусский государственный медицинский университет, член Национального комитета по биоэтике Республики Беларусь, (предисловие, 10.3, 10.4, заключение); *Б. Г. Юдин* — д-р филос. наук, проф., член-корр. Российской академии наук, Институт философии Российской академии наук (1.3, 10.1); *Т. В. Мишаткина* — канд. филос. наук, доц., Международный государственный экологический университет им. А. Д. Сахарова, член Национального комитета по биоэтике Республики Беларусь (2, 9, словарь терминов); *Ф. И. Висмонт* — д-р мед. наук, проф., членкорр. Национальной академии наук Республики Беларусь, Белорусский государственный медицинский университет, зам. председателя Национального комитета по биоэтике Республики Беларусь (10.2); *А. П. Ермишин* — д-р биол. наук, Институт генетики и цитологии Национальной академии наук Республики Беларусь, Национальный координационный центр биобезопасности, член Национального комитета по биоэтике Республики Беларусь (6, 7); *В. В. Жарков* — д-р мед. наук, проф. Научно-исследовательский институт онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова (5.4); *В. П. Курчин* — д-р мед. наук, Научно-исследовательский институт онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова (5.4); *Т. С. Морозкина* — д-р биол. наук, проф., Белорусский государственный медицинский университет, член, Национального комитета по биоэтике Республики Беларусь (10.4); *А. Л. Усс* — д-р мед. наук, проф., Республиканский центр трансплантации органов и тканей, член Национального комитета по биоэтике Республики Беларусь (4); *О. Р. Айзберг* — канд. мед. наук, врач-психиатр Республиканской клинической психиатрической больницы (5.2); *А. А. Александров* — канд. мед. наук, главный нарколог Министерства здравоохранения Республики Беларусь (5.5, 5.6); *Б. Ю. Аношенко* — канд. биол. наук, Национальный координационный центр биобезопасности (8); *М. Т. Воевода* — канд. мед. наук, доц., Научно-исследовательский институт онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова, член Национального комитета по биоэтике Республики Беларусь (10.2); *В. П. Максимчук* — канд. мед. наук, врач-психиатр Республиканской клинической психиатрической больницы (5.1, 5.5); *ИМ. Мишута* — Научно-исследовательский институт онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова (5.4); *ЭА. Фототова* — канд. филос. наук, доц., Белорусский национальный технический университет (9.6, словарь терминов); *СП. Ярошевич* — канд. мед. наук, доц., Белорусский государственный медицинский университет (10.3).

Надеемся, что актуальность и многообразие рассматриваемых в пособии вопросов, междисциплинарность исследовательского поиска будут способствовать желанию будущих специалистов присоединиться к обсуждаемым темам.

*Я. С. Яскевич,
С. Д. Денисов*

Глава 1. Нравственные ориентиры современной науки

1.1. Современная наука на пути к нравственности, открытости и гуманистическим ценностям

В современной науке формируются императивно-нравственные нормы, обогащающие стандарты общественной морали и задающие высокую моральную планку исследовательского поиска и социального действия в различных феноменах культуры и междисциплинарных направлениях.

Сегодня наука является не только особым видом познавательной деятельности, которая направлена на формирование объективных системно организованных и обоснованных знаний о мире, но и важным социальным институтом, обеспечивающим функционирование специфических норм и высоких нравственных идеалов организации научно-исследовательского поиска.

Институционализация науки, т. е. функционирование науки как социального института, связана с появлением системы учреждений, научных сообществ, внутри которых существуют различные формы коммуникации, утверждаются нормы и правила научного этоса, регулирующие творческий поиск, организуются соответствующие научные исследования, формируется особый способ воспроизводства субъекта научной деятельности.

Уже во второй половине 40-х гг. XX в. отмечается стремительное вхождение в аргументационную систему науки *человекоцентристских* ориентиров и аксиологических параметров, а также обострение рефлексии. Все сильнее звучит тезис об этической ответственности ученых за применение результатов научных исследований, которые могут пойти как на благо человечества, так и во вред ему. «В реальной науке и ее этике, – писал немецкий физик, теоретик *М. Борн* (1882–1970), – произошли изменения, которые делают невозможным сохранение старого идеала служения знанию ради него самого... Мы были убеждены, что это никогда не сможет обернуться злом, поскольку поиск истины есть добро само по себе. Это был прекрасный сон, от которого нас пробудили мировые события»¹. В свою очередь *А. Эйнштейн* (1880–1952) предостерегал, что существует опасность полного самоуничтожения человечества, которую нельзя сбрасывать со счета. Обеспокоенный экономическим, духовным и социальным кризисом, великий ученый 3 октября 1933 г. на митинге в Лондоне призывал: «Мы должны выполнить еще один долг, более высокий, чем решение проблем нашей эпохи: сохранить те из наших благ, которые носят наиболее возвышенный и непреходящий характер, благ, наполняющих смыслом нашу жизнь, благ, которые мы хотим передать нашим детям в более прекрасном и чистом виде, чем получили их от наших предков»².

Как особый социальный институт наука наилучшим образом обеспечивает должное, ответственное человеческое поведение, что является предметом анализа социальной этики. Общественная мораль исследует нравственные компоненты и регулятивы науки, ее гуманистические приоритеты, ориентируя и другие феномены культуры на реализацию высоких нравственных идеалов.

¹ Борн М. Моя жизнь и взгляды / М. Борн. М., 1973. С. 130.

² Эйнштейн А. Собрание научных трудов / А. Эйнштейн: в 4 т. М., 1967. Т. 4. С. 189.

Наука на пути исторического развития в эпоху становления естествознания и борьбы с религиозным мировоззрением заявила о своем праве на формирование *научного мировоззрения*: начиная с XVIII в., она стала претендовать на высокий статус в *системе образования*; в XIX в. превратилась в *реальную производительную силу*, и уже в первой половине XX в. – это мощная *социальная сила*, пронизывающая различные сферы человеческой деятельности. Сегодня наука выполняет *стратегические задачи по формированию новых мировоззренческих ориентаций* современного человечества, обеспечивая органическое соединение идеалов истины и системы нравственных ценностей.

Наука является особой ценностью человеческой культуры, задавая гуманистический вектор ее развития, соединяя идеалы добра, бескомпромиссности с высокими помыслами. Фундаментально доминирующий статус науки в системе ценностей культуры обусловлен ее технологическим вектором, т. е. необходимостью синтеза научно-технического проектирования с теми социальными ценностями, которые сформировались в морали, искусстве, религии, философии.

Современная наука причастна к постижению таких сложных объектов, как атомная энергия, объекты экологии, биоэтика, геномная инженерия, микроэлектроника, информатика, кибернетика, вычислительная техника, в которые включен сам человек. Широкое внедрение роботов и компьютеров в производство, в самые различные сферы жизни человека и общества, функционирование науки на современном этапе в качестве социально интегрированной технологической экспертизы в ряде областей ставят под сомнение тезис об «этической нейтральности» науки и обуславливают особую близость естествознания нашего времени по стратегии исследования к гуманитарным наукам, вводя в него непривычные для традиционного естествознания категории долга, морали и т. д. Отсюда ясно, что аргументы, используемые при постижении уникальных эволюционных систем, не могут быть этически безразличными. Позиция, нацеленная лишь на получение нового истинного знания, является слишком узкой, а порою и опасной.

В иерархии ценностей параллельно с научной истиной выступают такие ценности, как благо человека и человечества в их единстве и взаимодействии, добро и мораль. Поиск научной истины «освещается» аксиологическим императивом: не увеличит ли новое знание риск существования и выживания человека, будет ли оно служить благу человечества, его интересам³.

Каков же путь современной науки к нравственным ориентирам и междисциплинарности?

Механизмы, трансформирующие идеалы современного научного знания, особенно интенсивно вошли в науку во второй половине XX в. через разработку концепции ноосферы, идей нелинейной, «сильно неравновесной» термодинамики (школа И. Пригожина), синергетики, современной космологии, развитие системных и кибернетических подходов, идей глобального эволюционализма, так называемого «антропного космологического принципа», формирования междисциплинарных направлений и исследования саморазвивающихся систем.

Постнеклассический тип рациональности, который формируется в последней трети XX в., учитывает соотнесенность знаний об объекте с их ценностно-целевыми структурами. Поиск научной истины ориентируется как на внутринаучные, так и на социальные ценности и целеполагания. Объектами научного исследования становятся *человекообразные*, исторически саморазвивающиеся системы: объекты современных биотехнологий, геномной инженерии, медико-биологические объекты, крупные экосистемы, биосфера в целом, человеко-машинные системы, сложные информационные комплексы, социальные системы и т. д.

³ Степин В. С. Теоретическое знание / В. С. Степин. М., 2000. С. 140.

Идея целостности человека и Космоса, человека и мира, обоснованная еще в античной философской традиции и ставшая предметом анализа «русского космизма» в концепции ноосферы русского ученого *В. И. Вернадского* (1863–1945), художественной и гуманитарной области, во второй половине XX в. приобрела реальное звучание для всей современной науки, поскольку нельзя понимать законы мира, не помещая в этот мир человека.

Современная наука особенно ярко демонстрирует ограниченность внутринаучных, когнитивных регулятивов (объективность, обоснованность, достоверность, системность и т. д.), включая в себя весь комплекс социокультурных, аксиологических и гуманистических оснований. Теоретическое описание и объяснение объекта учитывает наряду с принципом соотнесенности к средствам его изучения принцип соотнесенности исследования с ценностными структурами человеческой деятельности: «объективно-истинное объяснение и описание применительно к «человекоразмерным» объектам не только допускает, но и предполагает включение аксиологических факторов в состав объясняющих положений».⁴

Осознание противоречий человекоразмерного мира, а также социальной опасности вневещного знания обуславливает и новые требования на современном этапе к научному поиску. Наука нуждается в социальном контроле, ориентирующем на служение общественному прогрессу. За пределами социально-нравственного использования научное знание теряет культурно-гуманистическое измерение и впадает в фаустовские коллизии. Поскольку для объяснения многих исследуемых на современном этапе комплексных развивающихся объектов и предсказания их возможного поведения чаще всего предлагаются альтернативные конкурирующие программы, возрастает роль коммуникативно-прагматического компонента в структуре современной науки, а вместе и *социальная ответственность ученых* или *исследовательской группы* в отдельных проблемных областях. Чтобы получить экономическую поддержку и социальную санкцию на проведение тех или иных исследований ученые не только должны обосновать целесообразность таких исследований в соответствии с ценностью истины, но и убедить в несомненной социальной значимости этих научных исследований. В данном случае необходим обстоятельный анализ используемых аргументов, критическая оценка не только когнитивных (научно-логических), но и социокультурных факторов, синтез научных и гуманистических идеалов, а в ряде случаев квалифицированная и гуманитарно-философская экспертиза. Вопрос о допустимости использования тех или иных механизмов научного поиска приобретает на современном этапе мировоззренческое содержание. Основным ценностным критерием современного научного знания становится установка на осознание социально значимых пределов теоретического поиска, дополнения его культурно-этическими параметрами и гуманистическими ориентирами, своеобразного преодоления отчуждения человеческого мира, возникающего на уровне абстрактных теоретических построений.

Напомним, что современная наука характеризуется ярко выраженной тенденцией к интегративным тенденциям, взаимодействию между естественными, техническими и гуманитарными науками. Если классическая наука была ориентирована на исследование мира объектов, мира вещей, то современная наука в большей степени ориентируется на рассмотрение мира, включающего человека с его деятельностью, детерминированной соответствующими социокультурными установками. Формируется новый тип рациональности, который связан с идеалом открытости сознания, готовностью к разнообразию подходов, к диалогу различных культур, междисциплинарных исследований.

«Открытая рациональность» противопоставляется «закрытой рациональности» и отличается критической рефлексией над исходными предпосылками научного знания,

⁴ *Степин В. С.* Научное познание и ценности техногенной цивилизации / В. С. Степин // Вопросы философии. 1989. № 10. С. 17.

предполагает возможность выхода за рамки жестких конструкций, создает условия для сотрудничества между людьми, междисциплинарного взаимодействия различных наук, нахождения «точек пересечения» в многообразии мнений, установления консенсуса и достижения понимания⁵.

⁵ Кузнецова Л. Ф. Динамика науки как смена научных картин мира / Л. Ф. Кузнецова / Я. С. Яскевич, А. В. Барковская // Современная наука: ценностные ориентиры. Минск, 2003. С. 123.

1.2. Междисциплинарный потенциал современной науки: экология, биофилософия, биополитика и биоэтика

Важнейшей особенностью современной науки является *междисциплинарный характер ее развития и синтез научных знаний*. Предпосылкой междисциплинарного синтеза научных знаний выступило взаимодействие отдельных наук, четко заявившее о себе во второй половине XX в. и корнями уходящее в период завершения классической науки, – время возникновения первых «стыковых» наук, например, физической химии.

Междисциплинарные исследования – способ организации исследовательской деятельности, предусматривающий взаимодействие в изучении одного и того же класса объектов и систем представителями различных дисциплин. При этом выявляются новые типы междисциплинарного взаимодействия такие, как взаимодействие систем дисциплинарно организованного знания в процессе функционирования отдельных наук, их интеграции и дифференциации, а также взаимодействие ученых при совместном исследовании различных аспектов одного и того же объекта. Более того, в современном научном знании формируются трансдисциплинарные стратегии, обеспечивающие инновационную систему организации научных знаний, которая не ограничивается междисциплинарными связями, а выходит на необходимость *привлечения социальных ценностей и регулятивов* при гуманитарной экспертизе современных научных проектов, их соотнесение как с внутринаучными идеалами, нормами и ценностями, так и с социально-гуманистическими приоритетами и установками.

Существующие философско-методологические исследования еще не в полной мере учитывают факторы социокультурной динамики и глобальных изменений в современной науке, ее междисциплинарный, а точнее говоря трансдисциплинарный характер, выражающийся в усилении участия общественности в принятии решений в области научной-технической политики, в необходимости разъяснения содержания научно-технических проектов за рамками научного сообщества. Именно политика должна воплощать нормативные идеи, будучи связанной при этом с научными обоснованиями, ибо без науки многие проблемы в силу их сложности современная политика не может даже сформулировать. В этом смысле ученые сегодня говорят о так называемой трансдисциплинарной науке, выходящей не только за рамки отдельных дисциплин, но и дисциплинарной науки вообще в широкую общественную среду⁶. В биоэтике эти идеи реализуются за счет создания биоэтических комитетов (гл. 10.2).

Сегодня классическое понимание науки дополняется *новой оценкой ее функционирования и научного потенциала*, вследствие чего даже фундаментальные исследования должны быть подчинены общественным интересам и нравственно-аксиологическим установкам, а производство научных знаний непосредственно интегрироваться в процессы принятия экономических и политических решений. Современное общество, которое не может существовать без нововведений (инноваций), должно их стимулировать, а государственная инновационная политика должна ориентироваться на принятие решений о поддержке или не поддержке конкретных инновационных проектов.

⁶ Бехманн Г. Проблемно ориентированное исследование как новый вид науки / Г. Бехманн [и др.] // Философия науки и техники – природа и техника на пороге третьего тысячелетия. М., 2005; Горохов, В. Г. Междисциплинарные исследования научно-технического развития и инновационная политика / В. Г. Горохов // Вопросы философии. 2006. № 4. С. 80–96; Степин, В. С. Научная картина мира в культуре, техногенной цивилизации / В. С. Степин, Л. Ф. Кузнецова. М., 1994. С. 176–196.

Будучи в свое время прогрессивным явлением, дисциплинарная организация науки недостаточна для организации новых научных направлений, многие из которых имеют междисциплинарный характер с самого возникновения. Постепенно инновационная государственная политика преодолевает традиционные дисциплинарные подходы и барьеры. Так, нанотехнология, как приоритетное трансдисциплинарное направление современности, объединяет ведущих ученых самых различных областей – физиков, химиков, медиков, инженеров, философов, социологов, экономистов и др. Трансдисциплинарность нанотехнологии проявляет себя уже на уровне понимания объекта исследования, определенного лишь приблизительно как область явлений, расположенных между микромиром и макромиром, интегральных методов исследования и специфических средств (оборудования), привлекаемых из различных областей науки. Широкое признание нанотехнологии основывается во многом на пропагандируемых учеными и средствами массовой информации будущих проектов, способов дать феноменальные практические результаты (например, в сфере медицинской техники и т. п.).

Тенденция современной науки к сближению естественнонаучного и социально-гуманитарного знания и их интеграции в единую науку о человеке приводит, во-первых, к взаимообогащению этих областей знания, когда идеи необратимости, непредсказуемости, многовариантности развития, получившие физико-математическое обоснование, транслируются в социально-гуманитарную область, а система ценностей, разрабатываемая в рамках философско-гуманитарного знания, входит в ткань современного естествознания. Во-вторых, к переходу от системы ценностей, состоящей из традиций герменевтики и наук о духе к системе естественных, технических и математических наук. В-третьих, к отказу от концепции жесткого детерминизма и строго однозначного, четко определенного научного языка к ориентированию на концепцию гибкости, многозначности. Интегрирующим началом такого сближения выступает человек с его ценностными и мировоззренческими установками.

Гуманистические обновленные ценности, органично включающиеся в современное научное знание, должны транслироваться в образовательные технологии и усваиваться студентами и молодыми исследователями в процессе обучения. Особая роль при этом отводится классическому университету с его фундаментальным и системным образованием.

Стратегическая задача, стоящая сегодня как перед зрелыми, так и перед молодыми учеными, это не только включение в структуру научно-познавательной деятельности этических и аксиологических аргументов, но и наработка новых ценностных смыслов и подходов в самых различных областях исследования – истории, философии, экономике, политике, медицине, биоэтике.

В отличие от классической эпохи, где мораль носила неинституциональный характер регуляции поведения индивидов, в современном обществе возникает потребность в институционализации общественной морали, т. е. формировании новых институтов морали – этических комитетов по этике и биоэтике, комиссий по экологии, комиссий по этической оценке и экспертизе научных проектов, советов по корпоративной и профессиональной этике и др. «Проблема институтов как фактора действенности морали с особенной остротой, – замечает известный философ *Р. Г. Апресян*, – проявилась в связи с обсуждением более специального вопроса о функционировании корпоративных и профессиональных моральных комплексов, в том числе, кодифицированных⁷. Формируется своего рода социальный заказ на разработку регулятивов общественной морали и нравственных норм в самых различных областях – в науке, политике, экономике, культуре. Особую роль в процессе наработки новой системы

⁷ Апресян Р. Г. Понятие общественной морали (опыт концептуализации) / Р. Г. Апресян // Вопросы философии. 2006. № 5. С. 14.

ценностей, идеалов гармонии, защиты прав и достоинства человека призвана сыграть *биоэтика*.

Становление новых междисциплинарных направлений происходило в 60—70-е гг. XX в. В методологических исследованиях все отчетливее осознавалась необходимость включения аксиологических факторов в состав научных положений, подвергалась критике установка о ценностной нейтральности научного знания, длительное время господствующая в культурном пространстве науки. Формировались экологические и биоэтические движения, на основе которых произошло становление таких междисциплинарных направлений, как экология, биофилософия, биополитика, биоэтика, экология.

Понятие «экология» ввел в 1858 г. представитель философии американского трансцендентализма *Г. Д. Горо* (1817–1962), но в биоэкологическом контексте впервые было использовано в 1866 г. немецким биологом *Э. Геккелем* (1834–1919) в работе «Всеобщая морфология организмов» для обозначения раздела биологии, в котором изучалось воздействие на организм неорганической и биотической среды. Полагается, что с этого времени экология приобрела статус самостоятельной биологической дисциплины. Предпосылками ее оформления являются экологические идеи, которые развивались в русле геологических, географических и биологических наук. При определении предмета экологии *Э. Геккель* исходил из установки, что экология – наука, изучающая все сложные взаимосвязи и взаимоотношения в природе. В своей работе он сделал акцент на изучении, главным образом, физиологических механизмов взаимоотношения живых организмов с окружающей средой и тем самым редуцировал предмет экологии к физиологии⁸.

Постепенно границы предмета экологии расширялись: понятием «экология» начинают обозначать взаимосвязи в мире живого, а также между этим миром и косной средой. В результате оно выходит за рамки физиологии, а в первой четверти XX в. проникает в сферу социологии, антропологии, антропогеографии, биогеографии и т. д. В это время происходит процесс формирования частных экологических дисциплин: организмоцентрическая биоэкология (животных и растений) разделяется на аутоэкологию (видов) и синэкологию (сообществ).

Современная экология как научная дисциплина структурно включает в себя общую экологию, геоэкологию и прикладную экологию (экология человека, городов и т. д.). Наука вышла за рамки традиционного отношения: «организм – среда», характерного для классической экологии, и это способствовало появлению нового отношения «естественное – искусственное». В результате появляется понятие «социальная экология», предложенное в 20-х гг. XX в. ученым *Р. Парком* и *Э. Берджессом*. Социальная экология стала изучать структуру функционирования объектов «второй», искусственной среды обитания человека. В последние годы особую актуальность приобретает *прикладная экология*⁹ с различными направлениями и методами исследований (промышленная, медицинская и т. д.). Активно развивается *антропоэкология* (экология человека), изучающая взаимодействие человека как биосоциального существа со сложным многокомпонентным окружающим миром, с постоянно усложняющейся динамической средой обитания. В связи с интенсивными процессами урбанизации и миграцией населения в города получила развитие и такая научная дисциплина как *экология города*, призванная изучать закономерности взаимодействия человека с городской средой. Не меньшее значение приобрели исследования в области *экологии культуры*.

Смена мировоззренческих ориентаций современного общества приводит к переходу экологических понятий в категориальные структуры таких достаточно автономных областей

⁸ Барковская А. В. Антропологическая парадигма в философии природы / А. В. Барковская. Минск, 2000.

⁹ Вронский В. А. Прикладная экология / В. А. Вронский. Ростов н/Д, 1996.

знания, как этика, эстетика, вынужденных в процессе развития не только расширять свой язык, но и стремиться построить собственные концептуальные модели этики или эстетики природы на базе новых понятий: окружающая среда, природа, ландшафт и др.

Сегодня совокупная человеческая деятельность способна коренным образом подорвать природное равновесие биосферы [18] и тем самым привести к гибели человеческую цивилизацию. Не случайно в основание концепции современной экологии положена идея о том, что вся Земля – это единое сообщество.

Важное значение для формирования современного социально-экологического знания имеет концепция *культурной экологии* (А. Кардинер, Дж. Стюард и др.), отражающая процессы адаптации обществ к окружающей среде. Основной задачей этого процесса становится поиск ответа на вопрос – дают ли они начало внутренним социальным изменениям, так как культурная адаптация представляет собой единый процесс приспособления социума и его членов к условиям среды и ее преобразования в процессе деятельности человека. При этом измененная среда сама становится фактором эволюции культуры, что приводит к возникновению в ней качественно новых явлений.

Особенно заметно сегодня взаимодействие биологического и социогуманитарного знания, которое обнаруживает себя в становлении новых междисциплинарных направлений. Это касается, прежде всего, такого междисциплинарного направления, как *биофилософия*. Термин «биофилософия» вошел в обиход в 70-е гг. прошлого столетия. Сегодня биофилософия рассматривается как комплексная, междисциплинарная отрасль знания, вскрывающая проблемы Универсума через призму феномена жизни.

Становлению биофилософии предшествовала ориентация биологии на исследование надорганизменных уровней организации живых систем, что позволило подойти к изучению биологического феномена жизни как целостного явления. Важной причиной становления биофилософии явилась ценностно-гуманистическая ориентация биологии в целом.

Формированию новой мировоззренческой концептуальной схемы, связанной с изменением места и роли общества в Универсуме как специфической форме бытия живого вещества, способствовал весь комплекс экологических наук, в том числе экология человека, социальная экология, глобальная экология, выступивших в качестве необходимого условия возникновения биофилософии.

В структуре биофилософского знания выделяют два основных уровня: фундаментальный и прикладной. *Фундаментальный уровень* — это уровень, представленный философской рефлексией над жизнью, исследованием ее возникновения, места и роль в Универсуме и позволяющий с достаточной отчетливостью проследить теоретическую связь биофилософии с естествознанием, философией науки, науковедением.

Прикладной уровень — уровень, представленный материально-практическим отношением к живой природе, выходом биофилософии в сферу объективирования содержания ее идей в этологии, биотехнологии, биоэнергетике и т. п.

Несмотря на то, что разработка проблем биофилософии еще только начинается, уже сейчас становление биофилософии рассматривается в качестве отправной точки дальнейшего расширения и углубления междисциплинарных исследований, усиления взаимосвязи философии и биологии. Разработка проблем биофилософии может стать своего рода ответом на исторический вызов современной эпохи в третьем тысячелетии, обеспечивая разработку стратегических программ гармонизации человека и природы¹⁰.

¹⁰ Кузнецова Л. Ф. Роль научной картины мира в междисциплинарном синтезе знаний и проблема открытой рациональности / Л. Ф. Кузнецова, Я. С. Яскевич, А. В. Барковская // Современная наука: ценностные ориентиры. Минск, 2003. С. 126–140.

Биофилософия, как фундаментальное междисциплинарное направление обеспечивает сегодня базу для оформления различных направлений, имеющих прикладной характер. Одним из таких направлений является *биополитика*. Термин «биополитика» был предложен группой политологов из США и ФРГ (Г. Шуберт, П. Корнинг Х. Флор и др.) в 60-70-е гг. XX в.

Он используется для характеристики биологических подходов, методов и данных в политологических исследованиях; для выяснения эволюционно-биологических корней человеческого общества и государственности; исследования биологических основ и ограничения поведения индивидов и групп в политически важных ситуациях (бунт, уличные шествия, избирательные кампании и др.); изучения влияния соматических факторов на политическое поведение людей (голод, алкоголь, наркотики, невербальная коммуникация и др.). Считается, что решение всех этих задач возможно на основе биополитических исследований (разработка политических предсказаний, экспертных оценок, рекомендаций).

В теории биоса биоокружение несет и биополитические черты как среда, имеющая утилитарное значение: жизнь рассматривается в этической, эстетической и культурной перспективах. Такая интерпретация биоса вносит в социум систему этических принципов, основанных на признании абсолютной ценности всех уникальных форм жизни на земле. Эти идеи коррелируются с идеями, развиваемыми в рамках так называемой *экологической этики* и основываются не столько на индивидуальных ценностях, сколько на необходимых требованиях адаптации человечества как глобальной системы к окружающей природной среде.

В рамках этих подходов формируются новые смыслы универсалий культуры и соответственно новые системы ценностных приоритетов, предполагающие гуманистические стратегии человеческой жизнедеятельности.

В процессе взаимодействия таких наук, как биология, медицина и этика, формируется и *биоэтика*. Биоэтика как междисциплинарное научное направление, академическая дисциплина и социальный институт опредмечивается в контексте общей стилистики, характерной для постнеклассической науки последней трети XX в. В это время в науку входят непривычные для классической науки идеалы блага человека и человечества, морали и добра, долга и ответственности за результаты, полученные в процессе научного изучения человекообразных объектов. Актуализация же проблем трансплантации, эвтаназии, биомедицинских экспериментов, внедрение в практику новых медицинских технологий, проводимых на людях и животных, необходимость морально-этического и правового регулирования возникающих в процессе биомедицинских исследований коллизий послужили своеобразным социальным заказом по отношению к развитию биоэтики.

Становлению биоэтики как академической дисциплины и социального института предшествовали развитие междисциплинарных исследований, изучение моральных проблем биомедицины, связанных с необходимостью защиты достоинств и прав пациента. Биоэтика объединяет биологическое знание и человеческие ценности и представляет собой систематическое исследование человеческого поведения в области наук о жизни и здравоохранении в той мере, в какой это поведение рассматривается в свете моральных ценностей и принципов (гл. 2).

Начиная со второй половины 80-х гг. XX в. в биоэтике наряду с развитием биомедицинских технологий формируется достаточно мощный пласт философских знаний, трансформирующих концептуальные основания традиционной модели биоэтики западного типа. В новом ракурсе рассматриваются типичные для биоэтики проблемы прав и свобод личности, формируется расширенная трактовка концепции свободы, включающая признание автономии личности.

Глубинная этика диалога в сочетании с принципом информированного согласия заменяет преобладающую в традиционной модели биоэтики этику патернализма [68]. Абсолютизации приоритетов как со стороны врача или биолога-экспериментатора, так и со стороны

пациента или экспериментируемого, современная модель биоэтики предпочитает согласованность в обосновании прав и обязанностей сторон, активное привлечение пациентов к принятию решений в выборе методов лечения, особенно в случаях риска здоровью и жизни человека [82].

Этические и аксиологические аргументы с неизбежностью пронизывают и медико-биологические проблемы, решаемые в танатологии [92], изучающей причины, признаки и механизмы смерти. С особой остротой звучит проблема этической аргументации при пересадке органов, при продлении жизни больного с помощью аппаратуры, при решении вопроса о сохранении жизни неизлечимых больных и т. д.

Философской рефлексии по мере углубления наших знаний о живой материи подвергается и категория свободы в направлении от свободы потребительской («свободы от») к свободе созидательной («свободе для себя»). «Свобода от» интерпретируется при этом как способность современного человека преодолевать природные формы зависимости от внешнего мира и удовлетворять свои растущие потребности (увеличение активного периода жизни, вплоть до поддержания жизни в вегетативном состоянии, освобождение от ранее неизлечимых болезней, свободоизъявление в изменении внешности, пола, в личном выборе иметь или не иметь детей, даже без участия мужчины и т. д.). Современный уровень биомедицинских исследований позволяет человеку достичь определенного уровня «свободы от». Однако отделяясь от природного естества и возвышаясь над миром, человек порою попадает во все большую зависимость от современных технических средств и только в органической целостности человека и космоса, в творении самого себя, нравственном самосовершенствовании человек приближается к *свободе созидательной* («свободе для себя»). Ценностный статус свободы в процессе углубления наших знаний о живой материи, в биомедицинских исследованиях, имеющих дело с уникальными единичными объектами (человеческий геном, социоприродные системы) предполагает необходимость самоограничений со стороны исследователей, формирование концепции коллективной ответственности за результаты научного поиска и единства человечества. Из плоскости индивидуальной понятие ответственности трансформируется в ранг коллективной ответственности за ущерб, наносимый человеку и природе.

Традиционные для биоэтики категории долга и блага, выступающие в гиппократовской формуле «не вреди», т. е. применяй в медицине те средства, которые не причинят вреда пациенту, в современной биоэтике расширены до «не только не вреди, но и сотвори благодеяние». Заметим, что сама трактовка понятия благодеяния не является однозначной, в особенности при обсуждении вопросов о поддержании жизни в вегетативном состоянии, клонировании живых существ и даже человека [52].

Таким образом, современная парадигма биоэтики характеризуется радикальным поворотом от способов эмпирического описания врачебной морали к обостренной философской рефлексии над основаниями нравственности в биомедицинских исследованиях, своих собственных положений о моральных ценностях, расширению проблемного поля биоэтики с включением в нее не только нравственных, философских, но и правовых компонентов. Происходит объединение различных видов системы ценностей: *биологические* (физическое существование, здоровье, свобода от боли и т. д.), *социальные* (равные возможности, получение всех видов медицинских услуг и т. п.), *экологические ценности* (осознание самоценности природы, ее уникальности, коэволюции), *личностные* (безопасность, самоуважение и т. п.) [2, 35, 99, 101].

1.3. Антропологический и моральный поворот в современной науке и социокультурные предпосылки становления биоэтики. Свобода и ответственность современного ученого

Один из главных векторов развития науки (да и техники) в последние десятилетия – неуклонное движение к человеку, к его потребностям, устремлениям, чаяниям. В результате происходит все более полное погружение человека в мир, проектируемый и обустраиваемый для него наукой и техникой. Наука и техника приближаются к человеку не только извне, но и как бы изнутри, в известной мере делая и его своим произведением, проектируя не только для него, но и его же самого. В буквальном смысле это наблюдается в некоторых современных генетических, эмбриологических и т. п. биомедицинских исследованиях, например, связанных с клонированием¹¹ [31, 33, 51].

Истоки сдвигов, радикально меняющих ориентиры и установки научного поиска, можно обнаружить в событиях конца 60-х гг. XX в., когда молодежь многих западных стран («новые левые») развернула мощное движение протеста, против социальных институтов западного буржуазного общества и его культуры; и в этом контексте резкой критике подвергалась наука.

Прежде наука в основном воспринималась как сила, несущая свет разума, тесно связанная с идеалами свободного критического мышления и, следовательно, демократии. Одним из ярких выразителей этой позиции был видный американский социолог *Р. Мертон*. Существовала и другая точка зрения, которая опиралась на некоторые установки неопозитивизма и акцентировала внимание на утилитарно-прагматических сторонах научной деятельности – она выражалась в нейтральной оценке социальной роли науки.

Теперь же критики науки определяли ее как силу, тесно связанную с системой власти, далекую от жизненных интересов простых людей и даже враждебную человеку, способствующую вовсе не демократическим, а тоталитарным тенденциям, дегуманизирующую мир, усиливающую отчуждение и порабощение человека.

Среди последствий, порожденных этими контркультурными и контрнаучными движениями, особый интерес представляли последствия, связанные с основательной и мучительной переоценкой многих широко разделяемых ценностей. Именно в этом отношении критика науки со стороны «новых левых» оказалась весьма эффективной.

Сегодня научно-технический прогресс все более ориентируется на интересы и нужды отдельного человека, который выступает в качестве главного и при том массового потребителя продукта прогресса. Более того, сами интересы и нужды рядового человека-потребителя становятся стимулом, во многом определяющим направления и темпы научно-технического прогресса. И в той же мере, в какой наука разрабатывает все новые, все более тонкие и эффективные средства воздействия на человека, возрастают элементы риска и опасности, которым он подвергается. Следовательно, актуализируется задача защиты человека, ради которого теперь осуществляется прогресс науки и техники, от негативных последствий этого же самого прогресса. В результате резко обостряется необходимость выявлять такие послед-

¹¹ *Ф. Фукуяма* в своей книге «Our Postmodern Future: Consequences of the Biotechnology Revolution» (N.Y.: Farrar, Strauss and Giroux, 2002) выделяет науки о мозге, нейрофармакологию, исследования в области продления жизни и генетическую инженерию в качестве таких «путей в будущее», неконтролируемое движение по которым может в корне изменить природу человека.

ствия и тем или иным образом реагировать на них. А это – проблемы области, которая получила название «биоэтика».

Итак, фактором, повлиявшим на возникновение биоэтики, являются последствия научно-технического прогресса в области биомедицины, очень часто заставляющие осмысливать заново традиционные представления о благе пациента, о начале и конце человеческого существования. Биоэтика дает интеллектуальное обоснование и социальное оформление публичным дискуссиям о границах человеческого существования. Вопрос о том, что значит быть человеком, становится одним из центральных не только в академических исследованиях. От его решения зависит моральная оценка действий медиков и пациентов в конкретных ситуациях.

Становление и развитие биоэтики, таким образом, сопровождается переосмыслением статуса и роли этических норм и ценностей науки. В науке, как и в любой области человеческой деятельности, взаимоотношения подчиняются определенной системе этических норм. Эти нормы возникают и развиваются в ходе развития самой науки, являясь результатом своего рода исторического отбора, который сохраняет только то, что необходимо науке и обществу на каждом этапе истории.

В нормах научной этики находят свое воплощение, во-первых, общечеловеческие моральные требования и запреты¹² такие, как «не укради», «не лги», приспособленные, разумеется, к особенностям научной деятельности. Скажем, как нечто подобное краже оценивается в науке плагиат, когда человек выдает научные идеи, результаты, полученные кем-либо другим, за свои; ложью считается преднамеренное искажение (фальсификация) данных эксперимента. Во-вторых, этические нормы науки служат для утверждения и защиты специфических, характерных именно для науки ценностей. Главной из них является *бескорыстный поиск и отстаивание истины*. Достаточно вспомнить слова выдающегося русского биолога *Н. И. Вавилова* (1887–1943): «Мы на крест пойдем, а от своих убеждений не откажемся», подтвердившего эти слова собственной трагической судьбой¹³.

Среди областей научного знания, в которых особенно остро и напряженно обсуждаются вопросы социальной ответственности ученого и нравственно-этической оценки его деятельности, особое место занимают *генная инженерия, биотехнология, биомедицинские и генетические исследования человека*, которые довольно близко соприкасаются между собой и составляют проблемное поле биоэтики. Развитие генной инженерии привело к уникальному в истории науки событию, когда в 1975 г. ведущие ученые мира добровольно заключили мораторий, временно приостановив ряд исследований, потенциально опасных не только для человека, но и для других форм жизни на нашей планете.

Мораторию предшествовал резкий рывок в исследованиях по молекулярной генетике. Перед учеными открылись перспективы направленного воздействия на наследственность организмов, вплоть до инженерного конструирования организмов с заранее заданными свойствами. Начались обсуждение и даже поиски возможностей практического осуществления таких процессов и процедур, как получение в неограниченных количествах ранее труднодоступных медикаментов (включая инсулин, человеческий гормон роста, многие антибиотики и пр.); придание сельскохозяйственным растениям свойств устойчивости к болезням, паразитам, морозам и засухам, а также способности усваивать азот прямо из воздуха, что позволило бы отказаться от производства и применения дорогостоящих азотных удобрений; избавление людей от некоторых тяжелых наследственных болезней путем замены патологических генов нормальными (генная терапия).

¹² Merton R. K. Sociology of science: Theoretical and empirical investigations / R. K. Merton. Chicago, L.: Wiley, 1973.

¹³ Юдин Б. Г. Этика науки / Б. Г. Юдин // Философия / под ред. Я. С. Яскевич. Минск, 2007. С. 474–483.

Наряду с этим началось бурное развитие биотехнологии на основе применения методов генной инженерии в пищевой и химической промышленности, а также для ликвидации и предотвращения некоторых видов загрязнения окружающей среды. В невиданно короткие сроки, буквально за несколько лет, генная инженерия прошла путь от фундаментальных исследований до промышленного и вообще практического применения результатов. Однако другой стороной этого прорыва явилась таящаяся в нем потенциальная угроза для человека и человечества. Простая небрежность экспериментатора или некомпетентность персонала лаборатории в мерах безопасности могут привести к непоправимым последствиям. Опасность обусловлена прежде всего тем, что организмы, на которых проводятся опыты, широко распространены в естественных условиях и могут обмениваться генетической информацией со своими «дикими» сородичами. В результате подобных экспериментов возможно создание организмов с совершенно новыми наследственными свойствами, ранее не встречавшимися на Земле и эволюционно не обусловленными.

Только после разработки чрезвычайно строгих мер безопасности при проведении экспериментов (в их числе – биологической защиты, т. е. конструирования ослабленных микроорганизмов, способных жить только в искусственных условиях лаборатории), исследования постепенно возобновились и расширились. Однако некоторые наиболее рискованные типы экспериментов до сих пор остаются под запретом.

Развитие генной инженерии и близких ей областей знания (да и не только их) заставляет по-новому осмысливать тесную *связь свободы и ответственности в деятельности ученых*. На протяжении веков не только словом, но и делом приходилось утверждать и отстаивать принцип свободы научного поиска перед лицом догматического невежества, фанатизма, суеверий, просто предубеждений. Ответственность ученого при этом выступала, прежде всего, как ответственность за получение и распространение проверенных, обоснованных и строгих знаний, позволяющих рассеивать мрак невежества.

Сегодня же принцип свободы научного поиска должен осмысливаться в контексте далеко неоднозначных последствий развития науки. В нынешних дискуссиях по социально-этическим проблемам, наряду с защитой ничем не ограничиваемой свободы исследования, представлена и диаметрально противоположная точка зрения, предлагающая регулировать науку точно так же, как регулируется движение на железных дорогах. Между этими крайними позициями располагается широкий диапазон мнений о возможности и желательности управления исследованиями и о том, как при этом должны сочетаться интересы самого исследователя, научного сообщества и общества в целом.

В этой области еще очень много спорного, нерешенного. Но, как бы то ни было, идея неограниченной свободы исследования, которая была, безусловно, прогрессивной на протяжении многих столетий, уже не может приниматься безоговорочно, без учета социальной ответственности, с которой должна быть неразрывно связана научная деятельность. Есть ответственная свобода и есть свободная безответственность, чреватая при современных и будущих возможностях науки – весьма тяжелыми последствиями для человека и человечества.

Опыт истории убедил нас, что знание – это сила, что наука открывает человеку источники невиданного могущества и власти над природой, но последствия научно-технического прогресса бывают серьезными и далеко не всегда благоприятными для людей. Поэтому, действуя с осознанием своей социальной ответственности, ученый должен стремиться к тому, чтобы предвидеть возможные нежелательные эффекты, которые потенциально заложены в результатах его исследований. Благодаря своим профессиональным знаниям, он подготовлен к такому предвидению лучше других и в состоянии сделать это раньше, чем кто-либо другой. Социально ответственная позиция ученого предполагает, чтобы он максимально широко и в доступных формах оповещал общественность о возможных нежелатель-

ных эффектах, о том, как их можно избежать, ликвидировать или минимизировать. Только те научно-технические решения, которые приняты на основе достаточно полной информации, можно считать в наше время социально и морально оправданными. Все это показывает насколько велика роль ученых в современном мире, ибо они обладают теми знаниями и квалификацией, которые необходимы для ускорения научно-технического прогресса, и для того, чтобы направлять этот прогресс на благо человека и общества. Иными словами, в результате сложного социального согласования формируются формальные, утвержденные правом антропологические границы человеческого существования, разрабатываются философские, социокультурные, нравственно-правовые основания и предпосылки становления биоэтики как академической дисциплины и социального института.

Термин «биоэтика» предложил в 1969 г. американский онколог *В. Р. Поттер*¹⁴. Он призвал объединить усилия представителей гуманитарных наук и естествоиспытателей (прежде всего биологов и врачей) для того, чтобы обеспечить достойные условия жизни людей. По Поттеру, наука выживания должна быть не просто наукой, а новой мудростью, которая объединила бы два наиболее важных и крайне необходимых элемента – биологическое знание и общечеловеческие ценности.

Важнейшая задача биоэтики – способствовать выявлению различных позиций по сложнейшим моральным проблемам, которые лавинообразно порождает прогресс биомедицинской науки и практики. Можно ли клонировать человека? Допустимы ли попытки создания генетическими методами новой «породы» людей, которые будут обладать высокими физическими и интеллектуальными качествами? Нужно ли спрашивать разрешения у родственников умершего при заборе его органов для пересадки другим людям? Можно и нужно ли говорить пациенту правду о неизлечимом заболевании? Является ли эвтаназия преступлением или актом милосердия? Биоэтика призвана способствовать поиску морально обоснованных и социально приемлемых решений этих и подобных им вопросов, которые встают перед человечеством практически ежедневно¹⁵.

Первой важнейшей предпосылкой формирования биоэтики является *идеология экологического движения*. Влияние экологического мышления на биомедицину особенно ускорилось в связи с многочисленными фактами неблагоприятного воздействия традиционно применяемых лекарственных средств на организм человека. Целью биомедицинской науки стала не только разработка новых терапевтически эффективных лекарственных препаратов или медицинских технологий, но и предотвращение их побочных негативных воздействий.

Вторая предпосылка формирования биоэтики – *правозащитное движение*. Если экологическое движение возникло как ответ на угрозу физическому (природному) благополучию человека, то биоэтика начала бурно развиваться в результате угрозы моральной идентичности человека, исходящей от технологического прогресса в области биомедицины. Дело в том, что человек в биомедицине выступает и как главная цель, и как неизбежное «средство» научного изучения. Для ученого-врача каждый человек существует, с одной стороны, как представитель «человечества в целом», а с другой – как конкретный индивид, который руководствуется своими собственными, а не общечеловеческими интересами.

До 60-х гг. XX в. медицинское сообщество в целом придерживалось точки зрения, что во имя блага «человечества» можно пожертвовать благом отдельного человека. Националь-

¹⁴ Поттер Ван Ранслер (1911–2001) – известный американский исследователь-онколог, который в 1969 г. впервые ввел понятие «биоэтика» и дал ему определение; считается основоположником биоэтики как нового направления в науке. Автор книги «Биоэтика: мост в будущее» (Киев, 2002), которая посвящена поиску путей решения глобальной проблемы выживания человечества, включающей в себя демографическую, экологическую и технологическую составляющие. Поттер оценивает проблематичность существования человечества как биолог, но пути решения проблемы он видит в моральном совершенствовании сознания.

¹⁵ Биоэтика. Вопросы и ответы / под ред. Б. Г. Юдина, П. Д. Тищенко. М., 2005.

ные интересы или интересы человечества в получении научных знаний, а также корпоративные медицинские интересы нередко превалировали над интересом сохранения здоровья отдельного человека.

Ответом на такую ситуацию явилось развитие особого направления в правозащитном движении, которое ставит своей задачей *отстаивание прав пациентов*. В настоящее время существует множество международных, национальных и региональных организаций по защите прав пациентов, страдающих различными заболеваниями: онкологическими, СПИД, диабетом, астмой, психическими расстройствами и т. д. Существуют и организации, защищающие права пациентов в целом как особой социальной группы.

В качестве *третьей* (идейной) *предпосылки* формирования биоэтики можно рассматривать осознание необходимости *междисциплинарного подхода к осмыслению и практическому решению проблем, порождаемых научно-техническим прогрессом*.

Когда в 1962 г. в больнице г. Сиэтла (штат Вашингтон) появился первый аппарат «искусственная почка», врачи оказались перед сложнейшей проблемой: как установить очередность подключения к аппарату, предоставляя лечение и спасая от верной смерти одних пациентов и обрекая на смерть других – столь же нуждающихся. В Сиэтле медики сочли, что они не вправе брать на себя ответственность за установление очередности доступа к аппарату, спасающему жизнь, учитывая чрезвычайную моральную сложность проблемы. Для установления очередности они предложили создать комитет из уважаемых граждан, названный в прессе «божественным комитетом», который решал, кому предоставить возможность спасения, а кого обречь на неминуемую смерть. Это был первый в истории этический комитет.

Создатели первого этического комитета, по сути, совершили фундаментальное «открытие». Традиционно врачи решали вопросы жизни и смерти у постели больного, считая себя единственными компетентными в этом деле. В Сиэтле стало ясно, что распределение дефицитного ресурса (доступа к аппарату «искусственная почка») – *это не только медицинская, но и моральная проблема*, в данном случае – *проблема справедливости*. Для ее решения недостаточно чисто врачебных знаний и опыта. Однако тут же выяснилось, что в современном обществе нет общепризнанных экспертов по разрешению моральных проблем. Люди руководствуются разными системами норм морали. Поэтому вызвать для консультации какого-то наделенного особым авторитетом эксперта просто невозможно.

В основе биоэтики лежат представления о недостаточности одностороннего медицинского истолкования телесного благополучия как цели врачевания, насущной необходимости междисциплинарного диалога медиков с представителями широкого круга гуманитарных наук, как и диалога с пациентами и представителями общественности. Только посредством такого диалога может быть адекватно выражена и понята многоплановая природа человеческого страдания и уже на этом основании выработано современное понимание идеи блага и как цели врачевания для отдельного индивида, и как цели общественного здравоохранения в целом.

Четвертой предпосылкой, повлиявшей на возникновение биоэтики, являются *последствия научно-технического прогресса в области биомедицины*, очень часто заставляющие осмысливать заново традиционные представления о добре и зле, о благе пациента, о начале и конце человеческого существования. Биоэтика дает интеллектуальное обоснование и социальное оформление публичным дискуссиям, в ходе которых общество принимает свои решения о том, где пролегают границы человеческого существования. Решения эти, как правило, не бывают окончательными – по мере появления новых биомедицинских технологий, вовлечения в дискуссии все новых социальных групп их снова и снова приходится переосмысливать.

Как всякая наука, биоэтика базируется в своей основе на ряде *мировоззренческо-методологических принципов и правил*. Можно выделить четыре основных принципа биоэтики: принцип уважения человеческого достоинства – принцип «твори добро и не причиняй зла», принцип признания автономии личности и принцип справедливости. Правил также четыре – правдивость, конфиденциальность, неприкосновенность частной жизни и добровольное информированное согласие. В совокупности они образуют этические «координаты», описывающие отношение к пациенту как к личности. (Подробно вопросы о предмете, функциях и принципах биоэтики будут рассмотрены в гл. 2, 9).

Вопросы для самопроверки

1. Каким образом наука как социальный институт обеспечивает должное, ответственное поведение ученых и задает высокие идеалы по отношению к другим феноменам культуры?
2. Каков путь современной науки к нравственным ориентирам и междисциплинарным стратегиям?
3. В чем сущность междисциплинарных и «трансдисциплинарных» подходов в современной науке?
4. Какие междисциплинарные направления сформировались в современной науке?
5. Каковы механизмы институционализации общественной морали в современном обществе?
6. В чем проявляется междисциплинарность современной экологии и какие направления она включает в себя?
7. Что изучает биополитика, биофилософия?
8. Что представляет собой биоэтика как междисциплинарная наука?
9. О чем свидетельствует 30-летний период существования биоэтики?

Литература

- Апресян, Р. Г.* Понятие общественной морали (опыт концептуализации) / Р. Г. Апресян // Вопросы философии. № 5. 2006. С. 14.
- Биомедицинская этика / под ред. В. И. Покровского, Ю. М. Лопухина. Выпуск 1. 1997; Выпуск 2. М., 1999; Выпуск 3. М., 2002.
- Биоэтика: принципы, правила, проблемы / отв. ред. Б. Г. Юдин, М., 1998.
- Биомедицинская этика / под ред. Т. В. Мишаткиной, С. Д. Денисова, Я. С. Яскевич. Минск, 2003.
- Биоэтика. Вопросы и ответы / под ред. Б. Г. Юдина, П. Д. Тищенко. М., 2005.
- Введение в биоэтику / отв. ред. Б. Г. Юдин, М., 1998.
- Вронский, В. А.* Прикладная экология: учебное пособие / В. А. Вронский. Ростов н/Д, 1996.
- Гиппократ.* Избранные книги / Гиппократ. М., 1994.
- Горохов, В. Г.* Междисциплинарные исследования научно-технического развития и инновационная политика / В. Г. Горохов // Вопросы философии. 2006. № 4. С. 80–96.
- Рабочие тетради по биоэтике. Выпуск 1: Биоэтика: антропологические проблемы: Сборник научных статей / под ред. Б. Г. Юдина. М., 2006.
- Силуянова, И. В.* Биоэтика в России: ценности и законы / И. В. Силуянова. М., 1997.
- Степин, В. С.* Теоретическое знание / В. С. Степин. М., 2000.
- Уинклер, Д.* На грани жизни и смерти. Краткий очерк современной биоэтики в США / Д. Уинклер [и др.]. М., 1989.
- Фролов, И. Т.* Этика науки: Проблемы и дискуссии / И. Т. Фролов, Б. Г. Юдин. М., 1986.
- Шрейдер, Ю. А.* Этика. Введение в предмет / Ю. А. Шрейдер. М., 1998.
- Яскевич, Я. С.* Философия и методология науки. Вопросы и ответы. Полный курс подготовки к кандидатскому экзамену / Я. С. Яскевич. Минск, 2007.

Глава 2. Проблемное поле, универсальные принципы и моральные ценности биоэтики

2.1. Место и роль биоэтики в системе прикладного этического знания

Сегодня все более утверждается мнение, что XXI в. будет веком гуманизации науки. Система медико-биологических знаний и исследований, объектом которых является человек не исключение. В этой области испытывается особо острая нужда в гуманистическом осмыслении происходящих процессов, и поэтому анализ взаимодействия естественного и гуманитарного знания приобретает первостепенное значение.

Напомним, что биоэтика возникает в 60-е гг. XX в. как ответ на призыв «выковать науку выживания». В. Р. Поттер определил биоэтику как «мост в будущее», имея в виду, что только формирование нового стиля мышления, в котором приоритетными будут ценности выживания, способно обеспечить человечеству сохранение жизни и возможность будущего. Возникла потребность в более адекватной модели взаимоотношений действующих лиц в области биологии и медицины, основанной на современных гуманистических и демократических ценностях. Ответом на эти требования стало появление не только биоэтики, но и биомедицинской этики, экологической этики, интегрирующих в себе гуманитарное и естественнонаучное знание. Их возникновение, как мы уже говорили, связано с рядом обстоятельств:

- необходимостью и потребностью *осмысления и нравственной оценки бурно развивающихся исследований в сфере биологии и медицины*. Грандиозные изменения в техническом и технологическом перевооружении медицины, кардинальные сдвиги в медико-клинической практике, успехи генной инженерии, появление новейших биотехнологий, возможности трансплантологии и длительного поддержания жизни умирающего пациента явственно продемонстрировали опасность отношения к человеку только как к объекту наблюдения, экспериментирования и манипулирования. Стала актуальной необходимость совершенствования и переосмысления *этико-гуманистических факторов* в профессиональной деятельности медиков и биологов;

- увеличением *внимания к правам человека* в условиях гуманизации общественной морали. Фундаментальной проблемой современной биомедицины становится *защита прав человека* при его соприкосновении (вынужденном или добровольном) с медико-биологическими воздействиями и манипуляциями. Забота о жизни и здоровье начинает рассматриваться как *право каждого человека*, а не приоритетное право ограниченного круга лиц (медиков и биологов), которые ранее считали это своей корпоративной профессиональной привилегией;

- процессом *трансформации традиционной этики* вообще [104] и *медицинской этики* в частности.

Биоэтика появляется на фоне действовавшей тысячелетия медицинской этики, а точнее – медицинской деонтологии, давно определившей свою нишу в системе общемедицинских и этических знаний. Вопрос заключался, казалось бы, лишь в разделе сфер их влияния, но ситуация осложнилась тем, что в научный оборот вводится понятие – *биомедицинская этика*, которую сразу же стали отождествлять с био- и медицинской этикой, практически не разграничивая этих понятий. Независимо от появления этих направлений в этике формируется еще одно – *экологическая этика*, как ответ на грозящую миру экологическую ката-

строфу и связанную с ней проблему выживания всего живого. Нравственный смысл экологической этики, как считает один из ее основоположников *А. Леопольд*, – формирование нравственных ценностей и критериев вокруг двух стержней: *чувства времени*, перешагивающего рубеж одного человеческого поколения и предполагающего заботу о природных условиях существования будущих поколений, и *чувства любви и сострадания к природе*.

Появление новых отраслей этики оказывается в русле тенденций современной практико-ориентированной прикладной этики и отвечает всем ее требованиям, а возможность разделить их «сферы влияния» позволяет определить их *сущность, статус и иерархию*.

Экологическая этика (экоэтика) – этика, предметом которой выступают наиболее фундаментальные принципы и проблемы нравственных *взаимных* отношений в триаде «Человек – Природа – Общество», где *все* участники рассматриваются как автономные моральные субъекты, и *вся* Природа включается в круг забот, внимания и взаимности; ценностно-мировоззренческой основой экоэтики выступают отказ от «эгоцентризма» и *нравственно-понимающее отношение к природе* – живой и неживой.

Биоэтика – практическая этика, возникающая как совокупность моральных норм с различной степенью систематизации, рационализации, композиции и институциональной поддержки; она ориентирована на выработку и установление в практике био- и медицинских исследований нравственно-понимающего отношения к Жизни вообще и любому Живому, на заботу о правах биоса на основе швейцеровского принципа благоговения перед жизнью¹⁶.

Биомедицинская этика (БМЭ) – прикладная этика, основная особенность которой состоит в конкретизации общечеловеческих моральных норм и принципов применительно к определенным ситуациям, для отдельных групп людей, с учетом специфики их деятельности (лечебной или исследовательской); полем деятельности БМЭ является нравственное отношение общества в целом и профессионалов – медиков и биологов – к *человеку*, его жизни, здоровью, смерти – как в процессе лечения, так и в ходе проводимых с его участием исследований; это область знания, предметом которой выступают практические моральные проблемы, имеющие *пограничный и открытый* характер.

Медицинская этика – профессиональная этика, конкретизирующая общие моральные требования применительно к профессии и занимающаяся нормами и правилами профессионального поведения. Ее особенностями являются, во-первых, «санкционирование» конкретной профессии как особой миссии, возведение ее до уровня этических норм; во-вторых, выявление в ней особенностей и ситуаций, в которых иногда требуется отступить от общих моральных повелений, «оправдать» эти отступления, квалифицируя их как «неизбежное зло», и в то же время минимизировать их. Медицинская этика включает традиционные установки медицинской деонтологии, но не сводится к ней, а поднимается на новый уровень осмысления этических проблем, возникающих в ходе медицинских манипуляций и отношений в системе «врач – больной».

Функциональные различия этих этик состоят в том, что эко-этика становится *универсальной этикой человеческой деятельности*, выполняя функцию методологического основания других этик. Биоэтика регулирует отношение человека к жизни вообще, ориентируя его на защиту прав *всего живого*, в то время как биомедицинская этика выдвигает на первый план защиту жизни и здоровья *человека*, а медицинская этика устанавливает нормы отношений в медицине между *взаимодействующими субъектами* – *врачом и пациентом*.

¹⁶ *Швейцер Альберт* (1875–1965) – немецко-французский философ, врач, богослов, всемирно известный своими гуманистическими акциями, лауреат Нобелевской премии мира, основатель бесплатных лечебниц в Африке. Автор этического принципа благоговения перед жизнью. По Швейцеру, нравственность есть не только закон, но и условие существования и развития жизни. Основой прогресса человечества и духовного совершенствования индивида является органичное единство этики и культуры, критерием развития которой выступает гуманизм.

Между этими видами этик существует сложная взаимосвязь. Так, биоэтика тесно связана с экологической этикой. Экоэтика предполагает новый тип общественного морального сознания – *энвайронментальный*, синтезирующий глобальное видение мира с подлинно гуманистическими ценностями. Такой подход находит конкретное проявление в двух основных принципах экоэтики – *экоцентризме* и *биоцентризме*, объединенных общим предметом изучения – *отношения человека и природы*, что является общим базисом экоэтики и биоэтики. Выявим их единство, общность, возможное (и необходимое) «сотрудничество». На теоретическом уровне возможность их сотрудничества определяется моральными принципами, ценностями и императивами, одинаково пронизывающими сферы их действия и выступающими регулятивами биоэтики, экоэтики и общественной морали в целом.

Первым общим и, безусловно, главным принципом био- и экоэтики выступает *принцип благоговения перед жизнью*, сформулированный выдающимся ученым *А. Швейцером*. Этика благоговения перед жизнью включает любовь, самопожертвование, сострадание и стремление помочь любому живому существу. Поэтому нравственным человек является «только тогда, когда он повинуется внутреннему побуждению помогать любой жизни, которой он может помочь, и удерживается от того, чтобы причинить живому какой-либо вред», когда он выказывает равное благоговение как по отношению к собственной жизни, так и по отношению к любой другой.

Другим общим принципом био- и экоэтики выступает *принцип субъект-субъектных отношений человека и природы*. Он вытесняет традиционные отношения, в которых природа и Иное Живое (животное, человеческий эмбрион, неправомочный человек) выступают как *объект*, и заменяет их принципиально иными, необходимыми для установления равноправного диалога человека и природы. Этико-методологическим основанием данного принципа выступает ориентация на взаимодействие человека с Иным Живым как с *иным субъектом*, обладающим собственными правами (правом на жизнь, на избавление от страданий и др.). Этот принцип предполагает необходимость учитывать одинаковую уязвимость и человека, и природной среды; требует не допускать превышения их «пределов прочности»; не вступать в противоречие с природными закономерностями; минимизировать «старые» принципы полезности, целесообразности и *использования* животных, заменяя их новыми гуманистическими принципами самоценности Живого.

Особенно тесная взаимосвязь существует между биоэтикой и биомедицинской этикой. Обусловлена она, прежде всего, тем, что сегодня многие исследования и действия специалистов в сферах и биологии, и медицины, затрагивают непосредственные жизненные интересы человека. Поэтому требуется моральная определенность в отношении феноменов жизни и смерти – всего, что входит в *проблемное поле* и биоэтики, и БМЭ. Вместе с тем смысловым ядром биомедицинской этики, своеобразной призмой, через которую определяется этическое содержание и медицинских манипуляций, и биологических исследований, является *медицинская практика*. Кроме того, если на уровне БМЭ возможны и даже необходимы взаимоисключающие точки зрения, открытые проблемы, *плюрализм мнений* и даже отсутствие согласия на нормативном уровне, то биоэтика стремится к *определенности* и *нормативности*. При этом, если решение открытых проблем БМЭ осуществляется, как правило, на *индивидуальном уровне*, путем личного выбора, то их реализация в сфере биоэтики переходит на уровень *институциональной, публичной значимости* и должна зависеть от решения не только профессионалов, но и всего общества. Вместе с тем по своим *целям, задачам* и *проблемам*, по *субъекту деятельности* (в обоих случаях им чаще всего является врач или медик-исследователь), а главное – по *объекту своей заботы* биоэтика и БМЭ настолько близки друг другу, что имеет смысл рассматривать их в едином контексте как комплементарные, взаимодополняющие.

Биоэтика отличается от традиционной медицинской этики, в том числе и деонтологии, поскольку включает в себя круг проблем, выходящих за ее рамки, например, проблемы трансплантации, суицида, психической нормы и патологии. Кроме того, она решает свои вопросы не на узко специальной, корпоративной, а на более широкой научной и социальной основе. Сегодня она становится важнейшей этической составляющей не только медицины и здравоохранения, но и социальной работы, деятельности экологических, научно-исследовательских, образовательных и общественных центров и организаций. Биоэтика расширяет границы корпоративного сознания медиков, биологов, философов, политиков и социологов, позволяет преодолевать узкие рамки обыденности вплоть до осмысления глобальных проблем человечества, становясь мировоззренческим основанием всех видов деятельности людей.

2.2. Биоэтика: особенности, круг проблем

По отношению к биомедицинской и традиционной медицинской этике биоэтика имеет особый статус: она захватывает их круг проблем и простирается дальше. Это обусловлено рядом принципиальных *особенностей биоэтики*:

- универсальным и глобальным характером;
- нормативностью предписаний;
- публичностью;
- институциональностью.

В условиях современной *гуманистической парадигмы* (исходной концептуальной схемы) именно биоэтика обеспечивает разрешение противоречия между антропоцентризмом [6] «старого» мировоззрения, делавшего человека исключительным центром мироздания, и новым, «не-антропоцентрическим» подходом, заботящимся о Жизни и Живом во всех их проявлениях. Таким образом, биоэтика с одной стороны, становится *глобальной биоэтикой* (В. Р. Поттер), с другой – основой современной *гуманологии* (Г. Л. Тульчинский), открывая новую *пост-человечность* – человечность более высокого уровня, выявляющую способность личности к заботе о жизни и правах всего Живого на до-, не- и недо-человеческом уровне, что выводит человечность за пределы человеческого как биологического вида. Иными словами, биоэтика вырабатывает новые нравственные нормы поведения личности как в *человеческих*, так и в нечеловеческих ситуациях, ориентирует человека на отказ от собственного антропоэгоизма и учит его проявлять любовь, уважение и ответственность по отношению ко всему природному миру. Именно биоэтические концепции предполагают оптимальное соотношение интересов человечества и всей остальной биосферы Иного Живого, при котором, воздействуя на объекты живой природы, используя их в своих целях, человек обязан учитывать их возможности и интересы. Таким образом, коренное изменение морально-этического отношения к природе в рамках биоэтики состоит в том, что гуманизм человека должен проявляться в отношении к ней в той же мере, как и в межличностных отношениях, и в отношении его к самому себе.

Соотношение интересов человека и всего живого проявляется в стремлении понять Живое, вплоть до взаимопроникновения в его чувствования и переживания. Для такого сочувствия, *со-страдания* необходимо, чтобы любое Живое, в том числе и не-человеческий *субъект*, признавалось источником отношений, равным субъекту человеческому. Это, в свою очередь, требует пересмотра проблемы моральных ценностей: ведь в этом случае должна признаваться независимость и внутренняя *самоценность природных феноменов* «для себя», независимо от их ценности для человека и его потребностей. Поэтому человек не вправе решать с позиции пользы и целесообразности вопрос о ценности или праве на жизнь того или иного Живого (человека, животного или биологического вида). Его долг – заботиться о *правах биоса*, проявляя широкий человеческий подход, предполагающий пересмотр традиционных этических принципов и формирование новых.

Одним из таких новых подходов, определяющих отношение человека к природе как Иному Живому, является понимание своей сущности как *части природы*. Этот внутренний фактор *единства и взаимодействия* человека и природы обусловлен, прежде всего, природной (биологической) сущностью самого человека, что, вероятно, и натолкнуло его в свое время на мысль использовать для изучения собственной природы другие животные системы. Вместе с тем именно это обстоятельство требует от нас признавать приоритетным, естественным правом, определяющим все другие права и моральные ценности, *право на жизнь* — не только человека, но и других природных систем. Именно оно предупреждает об опасности, общей и для всей природы, и для человека – опасности излишне активного вмеша-

тельства человека в природу, такого, например, как достижения генной инженерии по вторжению в природу человека и других живых существ и растений.

Методологическим основанием биоэтики являются *общечеловеческие моральные ценности*, которые выработаны социумом, составляют базис всей его жизнедеятельности и обретают свою специфику в сфере биологии и медицины, а также фундаментальные положения и принципы *глобальной биоэтики и экологической этики*, выступающих в этой связке как моральные регулятивы отношений человека и окружающей среды в целом.

Междисциплинарность биоэтики проявляется в постоянном расширении ее проблемного поля благодаря включению в него нравственных, философских, правовых компонентов. Биоэтика объединяет самые различные системы ценностей: биологические (физическое существование, здоровье, свобода от боли), социальные (равные права на достойное качество жизни и получение всех видов медицинских услуг), экологические (осознание самоценности природы, ее уникальности), личностные (безопасность, самоуважение) и др.

Особенностью биоэтики является и нормативность, в рамках которой исследуются специфика и «работоспособность» общечеловеческих моральных ценностей в клинической медицине и биомедицинских исследованиях. К особенностям нормативной биоэтики можно отнести:

- *экспериментальный* характер биоэтики, предполагающий распространение моральных принципов на биомедицинские исследования и их этическую экспертизу – так называемые стандартные операционные процедуры (СОП);
- *деонтологический* характер, регулирующий функции и принципы поведения врача во взаимоотношениях по вертикали (в системе «врач – больной») и по горизонтали (в системе «врач – врач»);
- *институциональный*, связанный с необходимостью решения социальных и профессиональных проблем здравоохранения и ролью биоэтических комитетов как специальных институтов в этом процессе.

Особый статус биоэтики также определяется открытым, пограничным характером ее проблем. С одной стороны, это их нерешенность (или принципиальная нерешаемость), особенно, когда речь идет о праве человека на жизнь или смерть: каждый раз, в рамках биомедицинской этики эти проблемы требуют от медиков – врачей и исследователей – частных, *ситуативных* решений и, соответственно, индивидуального морального выбора и личной ответственности. С другой стороны, они создают определенный прецедент, позволяющий биоэтике, несмотря на ситуативность, сохранять свою универсальность и глобальность.

Определение проблемного поля биоэтики позволяет очертить его *контуры* и выявить три *круга проблем*, которые, переплетаясь и дополняя друг друга, определяют *содержание* биоэтики. Основными проблемными кругами являются:

- модификация традиционных моральных принципов и ценностей в профессиональной деятельности медицинских работников и биологов – нормативно-этический круг;
- нравственные коллизии в конкретных ситуациях – казусы, возникающие в процессе биомедицинских исследований и лечения больных – ситуативный круг;
- «новые» межличностные отношения в системе вертикальных и горизонтальных связей в сфере современной медицины – деонтологический круг.

Первый круг проблем биоэтики – *нормативно-этический* — связан с необходимостью проследить, как могут и должны проявлять себя в медицинской деятельности или биологических исследованиях на теоретическом и практическом уровнях *общечеловеческие моральные ценности и принципы*, как регулируют они нормы поведения врача и исследователя, выступая основой «стратегии и тактики» их профессионального выбора. Выделяются два этических аспекта первого круга проблем:

- отсутствие однозначной экспликации сущности и критериев *жизни и смерти* человека как высших базовых ценностей – до сегодняшнего дня нет единства в их понимании, что трагически сказывается на судьбах людей, ждущих, например, пересадки донорских органов от умерших людей. Постигание этой задачи даст возможность определиться в решении вопроса о *праве человека на достойную жизнь и праве на достойную смерть*, что, в свою очередь, выступает необходимым основанием практической деятельности трансплантологов, реаниматологов, акушеров-гинекологов и других специалистов. Особенно актуальной является проблема *границы жизни и смерти*. Сегодня огромное количество философских, юридических, медицинских работ посвящается так называемому праву человека на смерть, связанному с «пограничными ситуациями» его жизни;

- активное включение в клиническую и исследовательскую практики таких высших общечеловеческих моральных ценностей, как *добро и зло, страдание и сострадание, долг и совесть, честь и достоинство, свобода и ответственность*. С одной стороны, у современных медиков, особенно молодых, эти ценности стали терять свой престиж и значимость, с другой – преломленные сквозь призму профессиональной деятельности, эти ценности обретают особую специфику, что зачастую приводит к кардинальному рассогласованию их восприятия и оценки между «обычными» людьми (пациентами) и профессиональными медиками. Мы сталкиваемся с феноменом, который не привычен для мышления «естественника», но является атрибутом морально-этических суждений – *субъективность и относительность*. Особенно наглядно это видно на примерах добра и зла, проявляющих в сфере медицины свою нерасторжимую связь; страдания и сострадания, демонстрирующих иногда неизбежность и даже полезность первого и сомнительное значение и опасность второго; свободы, дающей медику и биологу-исследователю право на риск, а поэтому и на ошибку, но и налагающей на них высокую ответственность.

Большинство проблем, связанных с особенностями проявления высших моральных ценностей в медицине, носят открытый характер, поскольку они ставят исследователя и пациента перед *выбором*, который не является однозначным и простым и может быть одинаково мучительным для обеих сторон. Вместе с тем наличие и необходимость выбора порождает и определенное противоречие: вариативность выбора входит в конфликт с требованиями нормативной регуляции, которая, напротив, предполагает однозначность решения, особенно если речь идет о правовой регуляции.

Второй круг проблем биоэтики – *ситуативный* — связан со спецификой, развитием и современными достижениями медицины, которые проявляются каждый раз в конкретных, неповторимых случаях и сказываются на человеческой судьбе. Одной из особенностей биоэтики является ее сконцентрированность преимущественно на анализе отдельных случаев – *медицинских казусов* [50], затрагивающих жизнь и здоровье человека, и призвана выявить и проанализировать *моральные стороны конкретных ситуаций*. Многочисленность и вариативность подобных ситуаций и порождает так называемые *открытые вопросы*. К их числу относятся:

- проблема эвтаназии, ставшая столь актуальной в результате небывалых достижений медицины по продлению жизни человека и зачастую его страданий;
- проблемы трансплантации и связанные с ними проблемы реанимирования;
- нравственно-правовые проблемы искусственного оплодотворения и прерывания беременности, установления критериев нормы и патологии человеческого зародыша;
- проблема предвидения и предотвращения негативных последствий медико-биологических, особенно генетических, исследований и экспериментов на человеке; определение меры ответственности исследователя и степени риска испытуемого.

Решение этих и других ситуативных проблем биомедицины во многом зависят от этической компетентности и этической позиции специалиста – *гуманистической* или *автори-*

тарной. Поэтому сегодня биоэтика рассматривается не только как новая отрасль теоретического и прикладного знания, но и как учебная дисциплина, овладение которой необходимо профессионалу.

К третьему – *деонтологическому* [38] *кругу проблем биоэтики* относится определение современного характера отношений в системе вертикальных и горизонтальных связей в сфере медицины. Вторгаясь в область медицинской деонтологии, а точнее, включая ее в себя, биоэтика и биомедицинская этика вырабатывают рекомендации по моральному регулированию человеческих отношений как в системе «врач – больной», так и в медицинском коллективе. Решение практических задач в этом направлении во многом зависит от *моделей отношений* между медиками-профессионалами и их пациентами. Актуальными являются традиционная *патерналистская* и новая, *автономная* модели. Тенденцией современной деонтологии выступает переход от патерналистской модели к признанию автономности личности пациента или участника биомедицинских исследований.

2.3. Универсальные этические принципы и нормы биоэтики

Требования практической медицины и биологии с одной стороны и социально-гуманистические ожидания общества с другой, вызывают необходимость рассмотрения **универсальных этических принципов**, на базе которых биоэтикой вырабатываются конкретные моральные нормы поведения врача и медика-исследователя. В условиях развития генной инженерии и новых биомедицинских технологий они должны быть положены в основу системы обеспечения здоровья народонаселения. Международная общественность и научно-медицинское сообщество ведет постоянную работу в этом направлении, о чем свидетельствуют этические принципы биомедицинских исследований, разработанные Нюрнбергским кодексом (1947), Хельсинкской декларацией (1964), Международной Конвенцией Совета Европы «О правах человека в биомедицине» (1997), Всеобщей Декларацией ЮНЕСКО о биоэтике и правах человека (2005) и др. В число основных этических принципов включаются такие принципы биоэтики, как принцип *автономии личности, информированного согласия, конфиденциальности*.

В медицинском научном сообществе также разрабатываются и обсуждаются принципы биоэтики, которые можно признать универсальными: *уважение автономии личности* (ее права на самоопределение) и *стремление к обеспечению блага пациента*, базирующиеся на фундаментальных демократических ценностях – солидарности, соучастии, сострадании, идее коммуникалистских интересов (Б. Дженнингс). «Классические» принципы биоэтики, предложенные американскими учеными *Т. Бичампом* и *Дж. Чилдресом* — так называемые «джорджтаунские мантры» — также включают в себя *уважение автономии личности, справедливость, непричинение зла, ориентацию на благо* (делай добро). В основные этические принципы *европейской биоэтики* и *биоправа* (или «принципы Кемпа» — по имени координатора и автора концептуальных идей) — в качестве основополагающих входят все те же принципы: автономия, достоинство, целостность и уязвимость человеческой личности.

Таким образом, особенностями решения современных биоэтических проблем являются плюралистичность и неоднозначность подходов, среди которых можно выделить следующие:

- *принципалистский* подход [77] ориентирующий медика на рефлекссию по поводу высших моральных ценностей и биоэтических принципов, обеспечивающих Благо пациента;
- *казуистический* подход [49] связанный не только с «вечными» этическими проблемами, но и с конкретными ситуациями, вызываемыми бурным развитием биотехнологий, генной инженерии и т. п. и вариативностью ситуаций в современной медицине; базируется на безоговорочном признании Автономии пациента;
- *институционально-организационный*, основанный на междисциплинарном подходе, соответствующий постмодернистской эпохе «управляемой этики», более всего «озабоченный» соблюдением принципа справедливости.

Один из ведущих специалистов России в области биоэтики *Б. Г. Юдин* считает, что именно приоритет этих подходов определяет общие черты различия дальнейших путей развития биоэтики в Европе и Америке. Несмотря на то что принципализм как подход к решению проблем возник в США, сегодня он более распространен в Западной Европе. В Северной Америке в настоящее время активно разрабатывается более приземленный – казуистический подход, нацеленный на выработку конкретных правил и рекомендаций по принятию решений в конкретных ситуациях лечения и биомедицинских исследований, а также на их институционально-организационное обеспечение. Это нашло свое воплощение в пристальном внимании и в Европе, и в Америке к организации и деятельности биоэтических

комитетов. Особенностью отечественной биоэтики является интегративный подход, требующий объединения в деятельности врача и исследователя всех этих подходов и отвечающий духовным традициям восточноевропейских культур и велениям времени.

Универсальные этические принципы могут быть условно подразделены на *субъектные* и *объектные*. Основой принципов так называемого *субъект-субъектного* ряда выступает *симметрия* — равенство и независимость партнеров, активная роль пациента и его право на самоопределение в процессе лечения или обследования, иными словами — признание автономности, независимости личности. Поэтому основные универсальные принципы этого ряда — принципы автономии и уважения достоинства личности, в свою очередь, предполагающие соблюдение таких принципов, как информированность пациента, добровольность принятия им решения и конфиденциальность [55] в отношениях врача и пациента. (Последние могут нести в себе и разное содержание, отражающее специфику региональных походов к правам человека, национальных традиций и ценностей.)

Автономия личности — принцип, основанный на единстве прав врача и пациента, предполагающий их взаимный диалог, при котором право выбора и ответственность не сосредоточиваются всецело в руках врача, а распределяются между ним и пациентом. Согласно этому принципу, принятие надежного в этическом отношении медицинского решения основано на взаимном уважении врача и больного и их активном совместном участии в этом процессе, требующем *компетентности, информированности* пациента и *добровольности* принятия решения. Этическим основанием принципа автономии личности выступает признание ее *независимости* и *права на самоопределение*. Таким образом, уважение автономии относится, прежде всего, к личности, обладающей возможностью и правом распоряжаться своей жизнью и здоровьем, вплоть до сознательного отказа от лечения, даже если это решение будет стоить ей жизни.

Достоинство — в широком этическом контексте — *самоценность*, которой обладает каждый человек по праву своего рождения, поскольку он человек. Достоинство проявляется в самоуважении, внутренней уверенности личности в собственной ценности, сопротивлении попыткам посягнуть на ее индивидуальность и независимость. Все люди независимо от их социального статуса, психического и физического состояния и поведения имеют *равные права на признание и уважение собственного достоинства*. В биоэтике этот принцип охватывает даже более широкий круг, чем принцип автономности, который предполагает осознанную дееспособность и самостоятельность личности. Уважение же человеческого достоинства связано не только с наличием осознания и чувства своего достоинства (их может и не быть), но и с такими ситуациями, когда человек не в состоянии выразить свою волю, когда в силу своего физического или психического расстройства он не способен к автономным действиям, когда речь идет не о человеческой личности, а о человеческом существовании. Это, например, ситуации вегетативного существования, тяжелые формы гериатрического состояния, эксперименты с эмбрионом человека и др. Принципы автономии и уважения достоинства личности тесно связаны с другим основополагающим принципом биоэтики — информированным согласием.

Информированное согласие — принцип, требующий соблюдения права пациента знать всю правду о состоянии своего здоровья, о существующих способах лечения его заболевания и риске, связанном с каждым из них. В автономной модели взаимоотношений этот принцип — не жест доброй воли или желание врача, это его *обязанность*; соответственно получение информации становится *правом пациента*. Информированное согласие — это коммуникативный диалог врача и пациента, предполагающий соблюдение ряда этических и процессуальных норм: учет психического состояния, уровня культуры, национальных и религиозных особенностей пациента, тактичность врача или исследователя, его моральные качества, способность обеспечить понимание информации пациентом. Правильное инфор-

мирование о состоянии здоровья и его прогнозе дает пациенту возможность самостоятельно и достойно распорядиться своим правом на жизнь, обеспечивая ему свободу *добровольного* выбора.

Добровольность — еще один принцип биоэтики, связанный с автономией пациента. Это уважение свободы волеизъявления личности, что предполагает самостоятельное принятие ею решения или согласия на медицинские манипуляции или исследования при условии информированности и отсутствия внешнего принуждения – не только физического или морального давления, но и зависимости любого рода. В свою очередь, добровольность и отсутствие зависимости приводят к требованию и ожиданию взаимного *доверия* между врачом и пациентом, проявляющегося в принципе **конфиденциальности** и строгом соблюдении врачебной тайны, которые традиционно относятся к области медицинской деонтологии, но приобретают сегодня новое звучание.

Принципы автономии личности, информированного согласия, добровольности – это принципы *субъект-субъектного* порядка, предполагающие равенство и независимость партнеров, активную роль пациента и его право на самоопределение в процессе лечения или обследования. По мере развития медицины и вовлечения в биомедицинские исследования и манипуляции все большего числа людей, между ними и профессионалами-медиками особую роль начинают играть принципы *субъект-объектного* ряда, предполагающие *заботу* общества и медиков – врачей и исследователей о соблюдении этических требований по отношению к пациентам, попадающим в *зависимость* от них. Особое место в этой связке занимают принципы целостности и уязвимости, выдвинутые европейскими биоэтиками. Эти принципы непосредственно связаны с уважением достоинства личности и затрагивают как физическую, так и психическую стороны жизнедеятельности индивида.

Целостность — принцип биоэтики, который обеспечивает тождественность личности самой себе, ее самоидентификацию, и поэтому не должно подвергаться манипуляциям или разрушению. Она связана с «жизненной историей» индивида, которая создается памятью о наиболее важных событиях собственной жизни и интерпретацией жизненного опыта. Иными словами, целостность личности – это ее уникальность, индивидуальность и неповторимость. К сожалению, некоторые медицинские вмешательства, имеющие благую цель восстановить здоровье человека, улучшить его состояние, часто бывают связаны с нарушением целостности. Необходимость защищать психофизическую целостность человека, минимизировать ее нарушения требует разработки этических и правовых норм, относящихся, в частности, к генетическим манипуляциям и вмешательствам в генетическую структуру индивида, к проблеме использования органов, тканей в процессе их трансплантации и т. п.

Уязвимость как принцип биоэтики следует понимать в двух смыслах. Во-первых, как характеристику любого живого существа, каждой отдельной жизни, по своей природе конечной и хрупкой. В этом смысле уязвимость как общая характеристика жизни может иметь более широкое значение, чем только биоэтическое. Она может стать связующим звеном между социально и морально отчужденными в обществе людьми, объединив их в поисках преодоления собственной уязвимости. В определенной мере весь прогресс в области медицины и биологии может рассматриваться как борьба с человеческой уязвимостью, вызванная стремлением минимизировать ее. При этом уязвимость – в том числе смертность и конечность – оптимистически расценивается как некое обстоятельство, которое может и должно быть преодолено. Во-вторых, понимание уязвимости (более узкое) относится к отдельным человеческим группам и популяциям (бедным, малограмотным, детям, заключенным, инвалидам и т. п.). В этом смысле данный принцип становится основой особой заботы, ответственности, эмпатии по отношению к другому, более слабому и зависимому. Для своей реализации он требует соблюдения еще одного принципа биоэтики – принципа справедливости.

Справедливость — принцип, в основе которого лежит представление о *равноправии*, уравнивающем права каждого человека на единые стартовые возможности и дающем каждому одинаковые шансы на *достойную жизнь*. Справедливость предполагает реализацию социальной программы, в соответствии с которой обеспечивается равный доступ всех слоев и групп населения к общественным благам, в том числе получению биомедицинских услуг, доступность фармакологических средств, защита при проведении биомедицинских исследований наиболее уязвимых слоев населения. Однако *равноправие* отнюдь не то же самое, что *равенство*. Люди равны в своих правах, но не равны в своих возможностях, способностях, интересах, потребностях. Поэтому в биоэтике специальная роль отводится защите прав наиболее *уязвимых слоев населения*. Кроме того, согласно принципу справедливости, польза для пациента всегда должна превышать научный или общественный интерес.

В последнее время все более обсуждаемым в биоэтике становится **принцип предосторожности**, регулирующий принятие решений и осуществление исследовательской и клинической деятельности, когда последствия ее неопределены и вызывают опасения в силу непредсказуемости или неблагоприятного развития ситуации. Принцип предосторожности основывается на *требовании «не навреди»* и *чувстве ответственности* тех, кто принимает решения, делает прогнозы и осуществляет медицинскую деятельность. Он обусловлен высокой степенью *риска* в медицине и предполагает необходимость осторожного отношения врача к проблеме выбора целей и средств, чтобы избежать или уменьшить *морально неприемлемый ущерб*. Под ним понимается то, что может угрожать жизни или здоровью людей, или являться серьезным и практически невозполнимым, или наноситься без должного внимания к правам тех, кому причиняется. Принцип предосторожности включает также внутреннюю защиту врача от самого себя – собственных безнравственных поступков, и от произвола других (например, администрации или обвинений со стороны родственников больного).

С одной стороны, сравнение американской и западноевропейской моделей биоэтических принципов демонстрирует их концептуальное единство и, следовательно, работоспособность в любых условиях. С другой стороны, прослеживается и некоторое различие. Американская модель ориентирована в основном на индивидуальное взаимодействие врача и пациента, в то время как европейская носит более социологизированный характер. В европейской биоэтике фундаментальные моральные принципы рассматриваются как *нормы защиты личности в государстве*, что требует более широкого социального контекста справедливости, ответственности и солидарности. В Беларуси концепция биоэтики строится на *универсальных принципах*, но крен делается в сторону их социологизации. Подтверждение тому – принципы конфиденциальности и секретности в области клинической медицины и биомедицинских исследований.

2.4. Специфика высших моральных ценностей в биоэтике

2.4.1. Категории «добро» и «зло»

Добро и *зло* являются критериями разграничения нравственного и безнравственного в любой поведенческой деятельности человека; это универсальная этическая характеристика всякой человеческой деятельности и отношений. *Добро* есть все, что направлено на созидание, сохранение и укрепление блага; *зло* — уничтожение, разрушение блага. Особое значение эти категории приобретают в медицине, от которой зависит не только сохранение, но и качество жизни людей. Врачи, медицинские сестры, фармацевтические работники уже в силу своей профессии нацелены на добро. Не случайно все профессиональные медицинские кодексы и клятвы, определяющие идеалы, мотивы и действия врача, содержат в себе *нормы добра*. Эти нормы сами по себе есть добро и нацелены на добро. Казалось бы, их соблюдение автоматически решает проблему добра и зла. Однако нравственные коллизии медицины здесь только начинаются.

Как утверждал Сократ, никто сознательно зла не творит: его совершают по *неведению*. Но если нарушил основную заповедь медицины «не навреди» и сотворил зло, не желая того, не специально, а по неведению, — оправдывается ли такое зло? И какое это неведение? Неведение самой медицины (которая действительно сегодня еще многого не знает и не умеет) или собственное невежество врача?

Что означает библейское, общечеловеческое «не убий» в медицине, когда, несмотря на действия врача или даже в их результате наступает смерть больного? Это убийство? И если да, то всегда ли убийство — зло? А если это помощь больному в прекращении его страданий? Но имеет ли врач юридическое и моральное право на подобную «помощь»?

Или другая традиционная медико-морально-религиозная проблема — аборт. Это убийство? Это нарушение заповеди «не убий»? И как решить здесь проблему добра и зла, особенно если речь идет о плоде с заранее известными аномалиями развития?

Как видим, проблема добра и зла в биоэтике нацеливает на неоднозначные решения в конкретных ситуациях, которые осложняются тем обстоятельством, что в реальной жизни нет *абсолютного добра* и *абсолютного зла*. Каждое действие врача может в той или иной степени нести в себе и то, и другое. Задача врача суметь выявить эту степень и минимизировать зло, максимально творя добро.

2.4.2. Категории «страдание» и «сострадание»

Медицинская профессия не может вырабатывать особую душевную стойкость и невосприимчивость к чужой боли и страданию. У врачей, какими бы мужественными они ни казались, есть предел — предел выдержки и терпения, определяемый его *отношением к страданию* и *способностью к состраданию*. Страдание и сострадание — это конкретное проявление добра и зла в медицине, взаимодополняющие друг друга этические категории. *Страдание* — эмоциональное состояние человека, порожденное трудностями, превышающими его физические, душевные и духовные возможности; физическая или нравственная мука, боль. Страдание рассматривается в этике как *школа жизни*: учит правде и справедливости; очищает душу, успокаивая совесть; облагораживает человека, являясь источником нравственных ценностей; закаляет волю, выдержку, настойчивость. Страдание может быть связано с личными установками человека, вызвано воспоминаниями или предвидением условий, при которых

оно возникало или должно возникнуть. Но какими бы ни были причины страдания, очевидно: «Всякое страдание и болезнь вносят в духовный мир человека такие перемены, которые меняют подчас гармонию личности, а также характер отношения к самому себе, ко всему окружающему» (Г. И. Россалимо). Страдание вызывает ситуацию, в которой человек чувствует себя одиноким, потерпевшим поражение. Будучи не в состоянии преодолеть трудности самостоятельно, страдающий человек, тем более нездоровый, нуждается в поддержке.

Больной, обращаясь к врачу, видит в нем, прежде всего, человека, способного помочь ему *освободиться от страдания*. Врач не может смириться со страданиями больного, привыкнуть к ним – в этом и состоит основное предназначение врача. Он должен знать, каковы причины страдания, как оно проявляется и как помочь пациенту преодолеть его. Однако страдание – это еще показатель и симптом болезни, поэтому врач должен быть осторожен в стремлении облегчить страдания больного. Существует корреляция между *страданием* и *болью*: боль испытывает тело, а страдание – личность; боль не обязательно влечет за собой страдание; страдание человек может испытывать и без боли; боль сопровождается страданием, когда она невыносима, не прекращается, внушает страх или отвращение; боль преодолима, если она имеет смысл; испытывает страдание не только тот, кто испытывает боль, но и сопереживающие ему. Поэтому, стремясь облегчить страдания больного, врач не должен делать это самоцелью, добиваясь облегчения любой ценой (например, ценой образования впоследствии у больного наркотической зависимости).

Нравственный ориентир врачу в отношении к страданию больного дает *сострадание*, помогая ему находить «золотую середину», проявлять необходимую гибкость, облегчая или сохраняя страдание. Для врача это элемент его профессионализма. *Сострадание* — жалость, сочувствие, вызываемые несчастьем, горем, страданием другого человека, соединенное с желанием помочь ему. Со-страдание как способность страдать вместе с другим, сочувствовать, сопереживать, соболезновать ему – неотъемлемое качество врача, в основе которого лежит высокоразвитая эмоционально-чувственная сторона личности. Однако существует точка зрения, что сострадание «мешает» врачу: препятствует моментальному принятию решения, заставляет его колебаться, терять драгоценное время в экстремальных ситуациях, отвлекает на эмоциональные переживания вместо того, чтобы сконцентрировать все силы на рационально-рассудочном анализе хода болезни, стратегии и тактики ее преодоления, поисках оптимальной методики лечения.

Моральная ценность сострадания определяется степенью его действенности. Формами проявления сострадания выступают: поддержка другого словом и делом, благотворительность, умение прощать. Вместе с тем существует, как писал С. Цвейг, «сострадание малодушное и сентиментальное... нетерпение сердца, спешащего поскорее избавиться от тягостного ощущения при виде чужого несчастья; это не сострадание, а лишь инстинктивное желание оградить свой покой от страданий ближнего... Врачу должно быть свойственно сострадание истинное, которое требует действий, а не сантиментов, знает, чего хочет, и полно решимости, страдая и сострада, сделать все, что в человеческих силах».

Действенной формой сострадания больному со стороны медицинских работников выступает *милосердие* — общечеловеческая ценность, проявление человеческого в человеке, «сердолюбие, готовность делать добро всякому, любовь на деле» (Вл. Даль). В медицинской практике это наиболее «практическая» форма сострадания больному, «сострадание действием». Вместе с тем всякое действие при определенных условиях может привести к противоположным результатам. Если, проявляя милосердие, постоянно освобождать больного от преодоления трудностей, то, войдя в роль страдальца, он не захочет из нее выходить. Ему понравится, что за ним ухаживают, проявляют внимание. Больной становится капризным и пассивным, не принимает активного участия в лечении, не включает внутренние резервы своего организма, не ориентирует себя на преодоление болезни. В меди-

цинской практике, где врачи, медсестры, фармацевтические работники часто имеют дело с инвалидами, тяжелобольными, немощными, стариками, роль милосердия особенно велика. Например, понятие милосердия легло в основу названия одной из медицинских профессий – *«сестра милосердия»*. В истории медицины можно найти немало примеров, когда врачи были зачинателями добрых дел, проявляя тем самым любовь к людям, верность принципам гуманизма и милосердия. Не случайно на могильном камне замечательного русского врача-гуманиста XIX в. *Ф. И. Гааза*¹⁷ был начертан девиз его жизни: «Спешите делать добро».

Огромную роль играет и *эмпатия*, проявляющаяся в сочувствии, сопереживании больному со стороны медицинских работников. Эмпатия – это способность эмоционально отзываться на переживания другого, в чем особенно нуждаются больные. Внимательно выслушивая больного, сочувствуя ему, врач, сестра дают ему возможность высказаться и тем самым облегчить его душевное состояние. Наиболее высокий уровень эмпатии, требующий большой самоотдачи – *соучастие*, умение «взять боль пациента на себя» и помочь ему действием.

2.4.3. Свобода и моральная ответственность

Отношением к добру и злу определяется *мера свободы* в деятельности врача. *Свобода* — философско-этическое понятие, выражающее способность человека к моральному самоопределению, моральной автономии, интеллектуально-нравственному волеизъявлению; поведение, которое зависит от собственных действий, сознания и воли индивида. Нравственная свобода предполагает превращение моральных требований во внутренние потребности, убеждения человека. Индивид свободен, если он способен сознательно принимать решения, учитывать последствия собственного поведения и управлять им. В деятельности врача свобода проявляется в его умении: делать осознанный *моральный выбор* действий и поступков, в том числе применять (или открывать) новые научные методы, научные знания в медицине; давать своим действиям и поступкам нравственную оценку, предвидеть их последствия, осуществлять разумный контроль над своим поведением, чувствами, страстями, желаниями. В биоэтике понятие свобода конкретизируется через такие понятия, как «свобода принятия решения», «свобода действий», «свобода выбора» и выступает в тесной взаимосвязи с нравственно-правовой *ответственностью* субъекта, принимающего решение в конкретной биомедицинской ситуации.

Формой проявления свободы врача выступает в медицине *моральный выбор*, требующий от него решительности, заставляя переходить от размышлений и сомнений к действиям. При рассмотрении отношения «цель – средства» в медицине часто упускаются из вида, во-первых, неоднозначность зависимости в системе «лечебное воздействие – терапевтический эффект», во-вторых, нравственные аспекты этого отношения. Так, утверждение «все, ведущее к здоровью, не должно отвергаться медициной», не содержит в себе ошибки, но не содержит и истины, потому что надо еще убедиться, что некий конкретный фактор воздействия действительно лечит болезни и укрепляет здоровье. Широко распространено другое упрощенное представление: «все, что способствует здоровью, должно применяться в медицине». Отсюда всего лишь шаг к суждению: «Цель оправдывает средства», которое, будь оно принято в медицине, станет прикрывать любое невежество, в том числе *знахарство* и *шарлатанство*.

¹⁷ *Гааз Фридрих Иосифович* (Федор Петрович) (1780–1853) – врач и общественный деятель. Родился в Германии, образование получил в университетах Йены и Вены, в Россию переехал в 1803 г. С 1828 г. и до конца жизни был членом московского губернского тюремного комитета и главным врачом московских тюрем. Всю свою жизнь Ф. И. Гааз посвятил заботе о заключенных, осужденных на каторгу, их детях, больных и бездомных бедняках. На собранные Ф. И. Гаазом пожертвования в Москве была построена больница, куда принимали на лечение бесприютных, пострадавших при пожарах, от холода, голода. «У Гааза нет отказа» – такую поговорку сложил о нем народ. На его могильном камне начертан девиз его жизни: «Спешите делать добро».

Давая клятву нести людям добро, врач практически уже сделал свой выбор. С одной стороны, в соответствии с собственным мировоззрением он сам определяет свои дальнейшие действия: «в любое время помогать каждому больному, независимо от его социального происхождения, вероисповедания и национальности». С другой – в соответствии с нравственными требованиями общества, он будет действовать более ответственно. Сегодня категория свободы претерпевает переосмысление – в направлении от *свободы потребительской* («свободы от») к *свободе созидательной* («свободе для себя»). Современные биомедицинские исследования и манипуляции позволяют человеку в определенной мере достичь «свободы от». Он освобождается от природных форм зависимости от внешнего мира, может удовлетворять свои растущие потребности: увеличивать активный период жизни, освобождаться от ранее неизлечимых болезней, изменять внешность, пол, осуществлять личный выбор – иметь или не иметь детей и т. д. Но, отделяясь от природного естества и возвышаясь над миром, человек порою попадает во все большую зависимость от современных технических средств. Вместе с тем только в своей органической целостности, творении самого себя человек приближается к свободе созидательной – «свободе для себя».

Во многих медико-этических кодексах XX в. особо подчеркивается, что врач в своих решениях должен иметь *профессиональную независимость* и *свободу*. Свобода врача *обеспечена* гуманистическими принципами, которым подчиняется его деятельность; *ограничена* уровнем развития медицины и знаний врача, техническим оснащением, наличием лекарственных средств, а также внешними обстоятельствами: экономическими возможностями общества, политическим режимом, социальным или национальным неравенством, уровнем культуры населения. Кроме того, свобода врача ограничена *вероятностным характером* научного знания в медицине: конкретные научные истины содержат в себе момент относительности, что приводит к необходимости делать трудный моральный *выбор*. При этом свобода действий врача неразрывно связана с *правами* на это действие. Действия врача регламентированы и ограничены клятвой Гиппократата, устаревшими методиками, инструкциями, приказами, распоряжениями от Минздрава до главврача своей больницы.

Вместе с тем быть свободным, самостоятельным – значит быть ответственным. Объективная логика такова, что автономия, суверенность личности врача, его *нравственная свобода* уравниваются ответственностью, которая проявляется как обратная сторона свободно принятого решения, как естественное следствие свободы выбора.

Моральная ответственность — это умение, способность и готовность думать о последствиях своих действий и нести ответ за них. Для врача она определяется соблюдением основополагающих принципов медицинской этики, прежде всего, принципа «не навреди». *Виды ответственности* определяются тем, перед кем (чем) и за что врач несет ответственность. Выделяются:

- ответственность врача перед самим собой – делая выбор, он «выбирает себя», свою жизнь, свое место в профессии и потому несет за них ответственность;
- ответственность врача как профессионала за жизнь и здоровье пациентов, за свои конкретные действия и поступки: здесь моральная ответственность может совпадать с правовой и административной ответственностью, в частности, если речь идет о *врачебной ошибке* или *риске* (дифференциация понятий «несчастный случай» или «врачебная ошибка» для юридических органов самостоятельного значения не имеет);
- ответственность человека перед миром и человечеством, требующая особой самовключенности человека в систему естественных и социальных связей, их осознания (например, при проведении исследований по созданию новых биотехнологий).

Мера моральной ответственности зависит:

- от степени *самостоятельности* совершаемого действия, (однако наличие принуждения не снимает ответственности с человека);

- *значимости* совершаемого деяния для судеб других людей;
- *масштабов* принимаемых решений (идет ли речь о судьбе отдельного человека или о судьбах человеческого генофонда);
- *влиятельности, авторитета, общественного положения или должности личности, принимающей решение.*

При этом свобода и ответственность находятся в *прямой зависимости*: чем шире пространство свободы, тем больше ответственность врача, связанная с соблюдением им основных моральных принципов.

2.4.4. Право на риск и ошибку

Врач не только имеет *право на свободу*, он «обречен» на свободу действий. Проявляется это, в частности, в *праве на риск*, который присутствует в деятельности врача практически постоянно. Обусловлено это тем, что природа заболевания по своему содержанию всегда богаче знаний медицины о ней. **Врачебный риск** — это необходимость принятия решения и совершения осознанного ответственного выбора в экстремальных лечебных ситуациях.

Риск может быть:

- *оперативным* — связанным с профессиональными навыками и опытом либо неопытностью врача (в этом случае он отражает уровень знаний и возможностей медицины);
- *этическим*, отражающим область межличностных отношений врача с больными, с их близкими, самооценку врачом своих возможностей и способностей;
- *рассчитанным* — в случае, когда методы диагностического или лечебного воздействия тщательно проанализированы и врач выбирает тот метод, который связан с меньшим риском и большей эффективностью медицинского вмешательства.

«Этический риск» сводится к минимуму, если пациент предельно объективно информирован о действительном и возможном риске операции для его жизни и если сокращен до минимума «оперативный риск», т. е. операции такого рода проводятся на уровне высших достижений клинической медицины. Понятие риска близко, но не тождественно понятию «опасность», которое характеризует объективную жизненную ситуацию саму по себе; понятие риска отражает субъективное отношение врача к опасной жизненной ситуации.

Оценка риска в клинической практике и отношение к нему врача – важнейший аспект проблемы морального выбора в современной медицине. В случаях, когда психическое, соматическое или возрастное состояние пациента не позволяет врачу собрать более полную информацию о причинах, обстоятельствах заболевания, отягощенности организма пациента наследственностью, действия врача могут принимать «произвольный», случайный характер, и возможность риска увеличивается. Поэтому выбор оптимальных решений в клинической медицине все больше требует учета, оценки *степени риска*, сопровождающего применение современных методов врачевания. Традиционно проблема риска наиболее тесно связана с хирургией: «оперативный риск», который, к сожалению, сопровождается определенным процентом смертности, существует при любой хирургической операции. Сегодня имеется тенденция распространения хирургических методов лечения на многие разновидности патологии, которые раньше считались терапевтическими. Такая тенденция, связанная с одновременным возрастанием риска при операциях, даже получила название *хирургической агрессии*. И теперь нежелательный риск, сопровождавший раньше в основном хирургическое вмешательство, имеется и в терапевтических областях, представители которых еще не привыкли к соответствующей бдительности. Так, большую тревогу вызывает рост осложнений медикаментозного лечения – ятрогений [113]. Новые вопросы возникают и в связи с высоким риском некоторых современных диагностических методик исследования. Поэтому, отступая в некоторых случаях от буквы заповеди «не навреди», биоэтика подтверждает зна-

чение ее духа и противостоит повышенной рискованности методов врачевания на современном этапе. Как конкретно-деонтологическое указание норма «не навреди» «санкционирует» риск диагностического или лечебного воздействия только в том случае, когда он хорошо рассчитан – «рассчитанный риск», и врач выбирает тот из двух конкурирующих методов, который связан с меньшим риском, или вообще отказывается от вмешательства. Что касается таких «агрессивных» методов лечения, как применение иммунодепрессантов в трансплантологии, химиотерапии и лучевой терапии в онкологии, тетурама в наркологии, то с этической точки зрения риск от их последствий не является неожиданным и поэтому тоже может считаться «рассчитанным».

Проблема риска тесно связана с *проблемой новаторства* в медицине, когда риск особенно трудно рассчитать. Дерзание, предпочтение большего риска во имя большего блага – без этого не может быть научного творчества и прогресса. Однако врачу-новатору каждый его смелый шаг, связанный с первым применением принципиально нового средства лечения, дается нелегко и сопровождается мучительными раздумьями в таких ситуациях, которые никто не может облегчить или взять на себя. Это подлинное *моральное одиночество*. Драматизм, присущий врачеванию, достигает здесь своего апогея. Не случайно после неудачи одной из новаторских операций и смерти пациентки на операционном столе герой повести известного хирурга Н. М. Амосова говорит себе: «В последний раз, больше не буду. Пусть умирают без меня».

Вместе с тем право врача на риск часто порождает так называемые *врачебные ошибки* и ставит вопрос о *праве на ошибку* и степени ответственности за нее. В биоэтике определение врачебной ошибки и моральной ответственности врача имеет ряд подходов:

- причина врачебной ошибки может заключаться в необычайной сложности объекта, с которым имеют дело медики или же в резко возросшей активности современных методов лечения и диагностики, а также в прогрессирующей специализации медицины, поэтому врачебная ошибка не всегда зависит от личности врача;
- необходимо четко дифференцировать *незнание* и *невежество*: невежество врача должно вести к его дисквалификации, незнание может быть результатом добросовестного заблуждения;
- причинная связь между действиями (или бездействием) врача и ухудшением здоровья или даже смертью больного не означает еще виновности врача – это может быть и *несчастный случай*;
- если в *моральном плане* врачебные ошибки могут быть *извинительны* в силу объективных или субъективных обстоятельств – стесненных, неоптимальных условий деятельности врача, исключительной сложности самой врачебной профессии, то в *юридическо-правовом отношении* акцент обычно делается на *виновность* врача и, следовательно, его ответственность.

Анализ и изучение врачебных ошибок, их регистрация и систематизация должны быть основанием для развития научно-медицинской мысли.

С точки зрения биоэтики, врач всегда должен быть честным перед самим собой и признавать свои профессиональные ошибки. *Этическая норма* врача – быть непримиримым к профессиональным ошибкам. Поэтому, во-первых, как уже отмечалось, биоэтика требует каждый раз давать оценку собственной врачебной ошибке: даже если она не влечет за собой уголовной ответственности, врач не освобождается от моральной ответственности; во-вторых, отношение к профессиональным ошибкам коллег должно быть прямым и неприкрытым. Причем такое принципиальное отношение в одних случаях должно играть роль обвинения, исполняя справедливую карающую функцию. В других – безразличная и компетентная позиция коллег должна играть роль защиты: ведь иногда врач сам нуждается в нравственно-психологической реабилитации.

Понятию «врачебная ошибка» по своему содержанию близко понятие «несчастный случай». В *клиническом смысле* они означают разновидности неблагоприятных исходов лечения, неправильного врачевания; в *морально-этическом* и то, и другое – поражение врача в борьбе за жизнь и здоровье вверившегося ему пациента и, конечно, несчастье больного, его близких. Поэтому наличие в медицинской практике врачебных ошибок и несчастных случаев как неизбежных явлений, сопутствующих лечению, ни в коей мере не должно означать права врача на ошибку. Подобное право могло бы порождать профессиональную недобросовестность, за которой стоят обычно неправильные диагнозы основного и сопутствующих заболеваний, недооценка хирургического риска, запоздалое оперативное вмешательство и др. Тезис о «праве врача на ошибку» несостоятелен и с логической, и с мировоззренческой точки зрения. С точки зрения логики нельзя сущее выдавать за должное: профессиональные ошибки врачей случаются в силу неконтролируемых врачом обстоятельств, а не «по праву». С точки зрения мировоззренческой, если профессиональная деятельность врача заведомо ориентируется на ошибки, она утрачивает свою гуманистическую природу. Идея «права на ошибку» деморализует врачей, поэтому с позиции биоэтики отношение к профессиональным ошибкам должно быть непримиримым.

2.4.5. Особенности долга в медицинской этике

Первостепенная роль *долга* в профессии врача обусловлена ценностью здоровья и жизни людей. Требования врачебной морали всегда носили явно выраженный *категорически-императивный характер*. Поэтому иногда всю медицинскую этику обозначают термином «*медицинская деонтология*», подчеркивая тем самым значение профессионального врачебного долга – теснейшего переплетения обязанностей врача по отношению к больному, коллегам и обществу в целом.

Врачебный долг заключается в выполнении врачом всех требований, связанных с его работой и достижением главной цели – успеха в лечебной деятельности и оздоровлении больного, в независимости от условий и времени оказания медицинской помощи, от состояния врача и его отношения к личности больного. Врач должен всегда оказать медицинскую помощь, индивидуально и вдумчиво подходить к каждому больному, быть внимательным и заботливым, проявлять при этом максимум творческой активности.

Исполнение врачебного долга связано с рядом *этических проблем*:

- врачу необходимо выяснить, в чем конкретно заключается его долг как врача и человека; в случае расхождения попытаться их совместить, руководствуясь не только моральным кодексом, но и собственной *совестью*;
- профессиональный врачебный долг категорически запрещает проведение *научно необоснованных* экспериментов на живых людях (в том числе над заключенными, безнадежно больными, умственно неполноценными) даже с их согласия;
- новые, *научно обоснованные*, но еще не допущенные к всеобщему применению методы диагностики, профилактики, лечения и лекарственные средства могут применяться врачом по отношению к больному лишь при соблюдении *основных принципов биоэтики*; их несоблюдение при апробации, испытании нового медицинского метода или средства, не связанного с излечением больного, или несущего в себе слишком большой риск, делает эксперимент неправомерным и безнравственным;
- долг врача – приходить на помощь прежде всего тем, кто в ней нуждается в первую очередь, независимо от его социального происхождения; предпочтение собственного интереса или желание избежать беспокойства и риска – это нарушение морально-этического долга врача, независимо от причины такой поступок признается аморальным и непростителен для врача.

Высшим проявлением профессионального долга врача является соблюдение принципа гуманизма, добросовестное выполнение своих обязанностей по отношению к больному. Прямое *нарушение профессионального долга* — черствое, формальное отношение врача к больному человеку, поскольку вера больного в успех лечения, доверие его к медицинскому персоналу играют часто не меньшую роль в выздоровлении, чем применение новейших лекарств и оборудования. Академик В. М. Бехтерев подчеркивал, что если больному после разговора с врачом не становится легче, это не врач. Врач призван психотерапевтическими методами — словом ободрения, утешения, успокоения, чутким отношением — тактично и умело мобилизовать физические и душевные силы больного на борьбу с его болезнью.

2.4.6. Понятия чести и достоинства в биоэтике

Понятия чести и достоинства определяются в биоэтике, прежде всего, следованием общечеловеческим моральным ценностям, порядочностью, культурой и интеллигентностью врача, и уже потом — его профессионализмом и мерой заслуженного им почета и уважения.

Честь — наряду с достоинством — этические оценочные категории, которые отражают *моральную ценность* личности и представляют собой общественную и индивидуальную *оценку* нравственных качеств и поступков человека. Честь выступает необходимым условием выполнения врачом своего профессионального долга. Как моральный феномен она есть *внешнее общественное признание* поступков человека, его заслуг, проявляющееся в почитании, авторитете, славе. Поэтому чувство чести, внутренне присущее врачу как личности, связано со стремлением добиться высокой оценки со стороны окружающих, похвалы, известности. *Профессиональная честь* воздается врачу в соответствии с оценкой, которую получают его качества как человека и как представителя медицинской профессии, выполняющего свой долг.

Вместе с тем поддержание чести и достоинства врача во многом зависит не только от него самого, но и от условий, которые предоставляет ему государство (оснащение современным оборудованием, фармацевтическими средствами, обеспечение рабочего места, повышение квалификации, достойное материальное вознаграждение). Безнравственно, если труд врача не оценивается в обществе соответствующим образом, если врач не может выписать журналы, купить книги и т. д. Кроме экономических факторов, в поддержании и защите чести врача большую роль играют факторы социальные и юридические.

Достоинство играет в биоэтике особую роль, выступая одним из ее универсальных принципов. Руководствуясь им, врач обязан уважительно относиться и к достоинству *каждого пациента*, независимо от его положения, личностных качеств, состояния здоровья. Святость жизни и ценность личности — главное, что лежит в основе уважения достоинства любого пациента. Совершенно недопустимо *унижать достоинство пациента*, ибо, унижая достоинство другого, ты унижаешь собственное человеческое достоинство.

Кроме того, в медицине следует иметь в виду сложное взаимодействие достоинства человека с болью и страданиями. Существуют две противоположные точки зрения влияния боли и страдания на человеческое достоинство. Первая — сильные боль и страдание лишают человека достоинства; именно поэтому иногда смерть предпочтительнее жизни в непереносимых физических или душевных мучениях. Вторая — как человек ведет себя перед лицом страданий, так проявляется его сущность; поэтому желание жить вопреки боли и страданию не умаляет, а упрочивает человеческое достоинство.

Сегодня уважение человеческого достоинства связано и с новыми подходами к проблеме умирания, в частности, к проблеме «умирания с достоинством». Человек все чаще уходит из жизни не дома, не в кругу родных и близких, а в больнице, где процесс умирания жестко регламентируется персоналом клиники и представлениями, общепринятыми в

медицинской практике. Будучи до этого свободным в выборе того, как ему следует распоряжаться своей жизнью, в ее финальной стадии он оказывается несвободным, а иногда и полностью лишенным права голоса, вынужденным принимать тот стиль поведения, который считается обязательным в общественном мнении. Вместе с тем умирание с достоинством должно включать в себя и уважение личной уникальности человека, его мировоззренческих, этических, религиозных или атеистических взглядов и убеждений, его национальной принадлежности. Поэтому попытки решить проблему умирания с достоинством предпринимаются сегодня с двух противоположных сторон: внедрения *хосписного движения* и отстаивания права на *эвтаназию*.

Вопросы для самопроверки

1. Какие социокультурные обстоятельства привели к появлению биоэтики, экологической и биомедицинской этики?
2. Каким образом распределяются сферы влияния и иерархия биоэтики, экологической, биомедицинской и медицинской этик? Какие общие принципы объединяют их, и в чем состоит их различие?
3. Какова сущность биоэтики и в чем ее основные особенности?
4. Что составляет содержание концептуальной модели биоэтики?
5. Определите проблемное поле биоэтики.
6. Что входит в нормативно-этический круг проблем биоэтики?
7. Что составляет содержание ситуативного круга проблем биоэтики?
8. В чем состоит новизна деонтологического круга проблем биоэтики?
9. Какие принципы и нормы биоэтики считаются универсальными? Какие подходы выстраиваются на их основе?
10. Каковы сущность и содержание биоэтических принципов субъект-субъектного ряда: принципов автономии и уважения достоинства личности, принципов информированного согласия и добровольности?
11. Каковы сущность и содержание биоэтических принципов субъект-субъектного ряда: принципов целостности, уязвимости и справедливости?
12. Какова специфика высших моральных ценностей в биоэтике? В чем состоит специфика добра и зла?
13. Каково соотношение вреда и пользы, приносимых страданием и состраданием?
14. В чем состоит проявление свободы и ответственности в медицинской деятельности? Имеет ли врач право на риск и ошибку?
15. Каковы особенности долга, чести и достоинства в биомедицинской этике?

Литература

- Биомедицинская этика / под ред. В. И. Покровского, Ю. М. Лопухина. М., 2002.
- Биомедицинская этика / под ред. Т. В. Мишаткиной, С. Д. Денисова, Я. С. Яскевич. Минск, 2003.
- Биоэтика: принципы, правила, проблемы / под ред. Б. Г. Юдина. М., 1998.
- Введение в биоэтику / под ред. Б. Г. Юдина, П. Д. Тищенко. М., 1999.
- Вековщина, С. В. Биоэтика: начала и основания / С. В. Вековщина, В. Л. Кулиниченко. М., 1997.
- Геращенко, Л. И. Медицинские аспекты проблемы прав человека / Л. И. Геращенко. СПб., 1996.
- Гнездилов, А. В. Путь на Голгофу. Очерки работы психотерапевта в хосписе / А. В. Гнездилов. СПб., 1995. Жизнь как ценность. М., 2000.
- Зильбер, А. П. Трактат об эвтаназии / А. П. Зильбер. Петрозаводск, 1998.
- Коновалова, Л. В. Прикладная этика. Выпуск 1: Биоэтика и экоэтика / Л. В. Коновалова. М., 1998.
- Кюблер-Росс, Э. О смерти и умирании / Э. Кюблер-Росс. София, 2001.
- Марков, Б. В. Мертвое и живое / Б. В. Марков. СПб., 1998.
- Международные этические правила для биомедицинских исследований // Материалы семинара 25–26 мая 1999 г. СПб., 2001.
- Мишаткина, Т. В. Биоэтика и биомедицинская этика: статус, содержание, проблемы / Т. В. Мишаткина // Практическая философия, 2006. № 3. С. 59–81.
- Мишаткина, Т. В. Три круга этики / Т. В. Мишаткина // Человек. 2006. № 3. С. 89–98.
- Орлов, А. Н. Право на жизнь. Эвтаназия и дети-уроды / А. Н. Орлов // Медицинский вестник. 2001. № 1. Основы биоэтики / под ред. А. Н. Орлова. Красноярск, 1997.
- Павлова, Т. Н. Биоэтика в высшей школе / Т. Н. Павлова. М., 1998.
- Поттер, В. Р. Биоэтика. Мост в будущее / В. Р. Поттер. Киев, 2002.
- Православие и проблемы биоэтики. М., 2000.
- Проблемы биоэтики / отв. ред. Б. Г. Юдин. М., 1993.
- Пулмэн, Д. Достоинство человека, боль и страдание / Д. Пулмэн // Человек. 2001. № 3.
- Рязанцев, С. Танатология: учение о смерти / С. Рязанцев. СПб., 1994.
- Сгречча, Э. Биоэтика / Э. Сгречча. В. Тамбоне. М., 2002.
- Требования биоэтики. Медицина между надеждой и опасениями. Киев, 1999.
- Уиклер, Д. На грани жизни и смерти. Краткий очерк современной биоэтики в США / Д. Уиклер [и др.]. М., 1989.
- Философия биологии: вчера, сегодня, завтра. М., 1996.
- Философия биомедицинских исследований: этос науки начала третьего тысячелетия. М., 2004.
- Харакас, С. Православие и биоэтика / С. Харакас // Человек. 1994. № 2.
- Шамов, И. А. Биоэтика / И. А. Шамов. М., 2002.
- Швейцер, А. Благоговение перед жизнью / А. Швейцер. М., 1992.
- Этика биомедицинских исследований. М., 1989.
- Этика психиатрии: сборник статей / под ред. С. Блох, П. Чодофф. Киев, 1998.
- Этические и правовые проблемы клинических испытаний и экспериментов на человеке и животных. М., 1994.
- Этическая экспертиза биомедицинских исследований. Практические рекомендации / под общ. ред. Ю. Б. Белоусова. М., 2005.

Яровинский, М. Я. Лекционный курс по медицинской этике (Биоэтика):
в 2 ч. / М. Я. Яровинский. М., 1999. Ч. 1, М., 2000. Ч. 2.

Глава 3. Феномен жизни и смерти человека

3.1. Жизнь как высшая ценность. Этические аспекты дискуссий о начале человеческой жизни, абортах, репродуктивных технологиях, контрацепции

Жизнь и смерть – фундаментальные антиномии человеческого бытия, затрагивающие каждое живое существо в своей вечной, неумолимой дилемме. Отсюда и глубинное желание осмыслить феномен жизни и смерти в различных ракурсах – философском, естественнонаучном, культурологическом, правовом, а в настоящее время и в биоэтическом ракурсе, предусматривающем исследование проблем начала и конца человеческой жизни (зачатия, абортов, эвтаназии и т. д.).

В биомедицинском смысле *жизнь* — специфическая форма организации материи, характеризующаяся наследственной программой, записанной в совокупности генов (геном), т. е. в соответствующих последовательностях нуклеотидов дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК); обменом веществ, специфика которого определяется наследственной программой и самовоспроизведением в соответствии с этой программой. Код, с помощью которого записывается наследственная программа, универсален. Все живые существа используют одну и ту же схему для кодирования, переноса (и перевода) информации и биосинтеза. В основе жизни лежит определенная и сложная генетическая программа, которая реализуется через обмен веществ.

Проблема происхождения жизни на Земле имеет три версии – естественное зарождение жизни; занесение жизни из Космоса; сотворение живого. Вопрос о зарождении и начале человеческой жизни – это глубокая и пока еще не раскрытая в полном объеме тайна.

В рамках современной биоэтики при исследовании этики жизни встают вопросы: с какого момента зародыш можно считать живым существом? допустимы ли аборты? следует ли поддерживать жизнь безнадежно больных пациентов? допустима ли с морально-правовой, социокультурной и религиозной позиции эвтаназия? и т. д.

Осознание самоценности жизни, нравственное освящение жизни как фундаментальной ценности: жизни, наполненной духовным смыслом, характерно для русской этической мысли – «этики жизни» [107]. В различных философских концепциях духовный смысл жизни трактовался по-разному. В этических концепциях *русской религиозной мысли* фундаментальную основу и систему отсчета задавали идеи православия, что было характерно и для *космизма этики всеединства* известного философа В. С. Соловьева (1853–1900) и для философской антропологии Н.А. Бердяева (1874–1948), и для «проекта» Н. Ф. Федорова (1828–1903) воскрешения умерших («отцов») и преодоления смерти средствами современной науки, и для христианского социализма С.М. Булгакова (1871–1944). Как справедливо отмечает известный российский философ А. П. Огурцов¹⁸, этика является ядром русской религиозной философии. В своей философии общего дела Н. Ф. Федорова обосновывает идею регуляции природы, сознательного управления всеми природными силами вплоть до космических, а итогом этого процесса должна стать победа над смертью, ибо «всеобщее воскрешение есть полная победа над пространством и временем», процесс одухотворения природы. Именно в нравственном одухотворении природы и В. С. Соловьев видит путь

¹⁸ Огурцов А. П. Этика жизни или биоэтика: аксиологические альтернативы / А. П. Огурцов // Вопросы философии. 1994. № 2.

утверждения добра. Для него «без любви к природе для нее же самой нельзя осуществить нравственную организацию материальной жизни».

В «Живой этике» представители буддистской мысли (наиболее известный из них русский живописец, писатель, археолог *Н. К. Рерих* (1874–1947) считают, что духовное преобразование человека осуществляется не в одиночестве, а в общине, в сотрудничестве с космической иерархией. Живая этика как этика взаимной солидарности, милосердия и справедливости, основанная на религиозных и философских ценностях буддизма, исходит из того, что наша планета вступила в эпоху Огня, где возрастает роль психических энергий и вообще космических энергий. Сердце – средоточие психической энергии, как части космической энергии. Необходимо соединить сердце и соответственно психические энергии в «хоровод согласия». Овладение психической энергией предполагает поэтому нравственное преобразование природы. Этическое учение *Н. К. Рериха* наполняло концептуальную модель феномена жизни такими моральными категориями, как «содружество», «милосердие», «сопротивление злу», «чуткость», «доверие», «взаимность», «труд», «помощь», «живая мудрость», «свобода познания» и др., что отразилось и в названиях его статей.

В *натуралистическом направлении этики жизни*, ориентирующемся на естественные науки и, прежде всего, биологию, жизнь осмысливается как природно-исторический феномен, а этика основывается на идее борьбы со смертью. Реконструируя идеи отдельных представителей этого направления начала XX в., *А. П. Огурцов* передает мысли выдающегося русского физика *Н. А. Умова* (1846–1915) о том, что этика должна основываться на осмыслении специфичности жизни, что она неразрывно связана с естествознанием, и что основная цель этики заключается в стремлении устранить бедствия человеческой жизни с помощью деятельного вмешательства в жизнь природы, в превращении хаотичных сил природы в организованные, «стройные». Ведущими ценностями новой этики являются борьба с хаосом, любовь и творчество, причем этические идеалы не противопоставляются жизни, подобно позиции неокантианцев, а выводятся из жизни, из первичных форм стройностей, существующих в органической жизни и развивающихся до высшей формы – этических идеалов добра и любви. «Твори и создай на основе научного знания» – в этом девиз новой этики.

В «Записках врача» в 1903 г. известный писатель (врач) *В. Вересаев*¹⁹ подчеркивает, что нет ни одной науки, которая приходила бы в такое непосредственно близкое и многообразное соприкосновение с человеком, как медицина, и что тесная и разносторонняя связь с живым человеком делает необходимым, чтобы все, даже научные вопросы решались здесь при свете основного этического вопроса. По его словам «вопрос о правах человека перед посягающей на это право медицинской наукой неизбежно становится коренным, центральным вопросом врачебной этики». В эту же парадигму вписываются и опубликованные в годы тоталитарного режима работы *Д. П. Филатова* (1876–1943) «Норма поведения, или мораль с естественноисторической точки зрения», и работа *А. А. Любищева* (1890–1972) «Основной постулат этики», работа *В. И. Вернадского* (1863–1945) «Научная мысль как планетное явление».

В различных вариантах этики – от религиозных до натуралистических, наблюдается стремление преодолеть разрыв нравственности и жизни, укоренить этику в жизнь, понять единство факторов эволюционного процесса и этических ценностей, осмыслить жизнь во всей целостности ее проявлений, нравственных побуждений, ориентаций, поступков. Жизнь выступает здесь как процесс, ответственный за увеличение организованности природы и

¹⁹ *Вересаев В. В.* (1867–1945) – русский врач и писатель, оставивший медицинскую практику ради литературного творчества, автор книги «Записки врача» (1901), посвященной вопросам врачебной этики, неоднозначно оцениваемой современниками. Книга содержит много продуктивных мыслей о роли медицины в обществе; о подготовке будущих специалистов-медиков; о проблеме врачебной тайны; о проведении медицинских исследований на человеке и животных и др.

человеческой жизни. Нравственный поиск русских мыслителей освещает общий принцип – любовь к жизни.

В качестве основного принципа этики жизни, жизнеучения *А. Швейцера*, выступает *принцип благоговения перед жизнью*. Отталкиваясь от идеи *Ф. Ницше* о глубоком кризисе европейской культуры и идеи *Л. Толстого* о необходимости ее возрождения на путях этического обновления, А. Швейцер приходит к заключению, что восторжествовавшее в Новое время оптимистическое и жизнеутверждающее мировоззрение не имело адекватной моральной основы, укорененной в мышлении этики. Это и послужило причиной кризиса культуры, выразившегося в господстве материального над духовным, общественного над индивидуальным. Вместо Декартовского «Мыслю, следовательно, существую», Швейцер провозглашает «Я есть жизнь», и в качестве основного оптимистичного мировоззрения утверждает принцип благоговения перед жизнью. Причем этот элементарный принцип следует понимать прямо и буквально как *благоговение перед жизнью*: добро есть то, что утверждает жизнь, зло есть то, что разрушает ее. Благодаря принципу благоговения перед жизнью человеческая жизнь оказывается изначально этически ориентированной. Этика имеет своим предметом отношение ко всему живому, существующему. Она универсальна, поскольку может практиковаться каждым индивидуально и непосредственно. Зло, по Швейцеру, не может быть уничтожено, но его можно минимизировать, что как раз и обязывает к постоянному этическому бодрствованию, направленной ответственности.

Этическо-философские концепции феномена жизни задавали моральный вектор отношения человека к жизни, в целом к миру, к окружающей среде, тем самым создавая предпосылки для осмысления моральных коллизий и альтернатив, встающих перед современной биоэтикой. Контекст, заданный философской рефлексией над этическими основаниями феномена жизни, рассмотрение жизни как высшей ценности, нашло отражение в международных и национальных документах, способствующих этико-правовому регулированию принимаемых в медицинской практике решений. Так, Женевская декларация врачей (1848) гласит: «Я буду поддерживать высшее уважение к человеческой жизни с момента ее зачатия; даже под угрозой я не использую мои знания в области медицины в противовес законам человечности». Хельсинско-Токийская декларация врачей (1964, 1975) по проведению медико-биологических исследований с участием людей указывает: «Миссия врача – охранять здоровье людей. Знания врача и его совесть служат выполнению этой миссии». Ст. 2 Кодекса врачебной этики, принятого I съездом врачей Республики Беларусь (1998), утвержденного Министерством здравоохранения РБ (1999), гласит: «Главной целью профессиональной деятельности врача является сохранение жизни и здоровья человека, предотвращение болезней и облегчение страданий больных вне зависимости от пола, возраста, расовой и национальной принадлежности, социального и материального положения, политических убеждений и вероисповедания».

Биоэтические основы исследования феномена жизни связаны сегодня с проблемами *статуса начала и конца зарождающейся человеческой жизни, ее искусственного зачатия, предродовой диагностики, развития контрацепции, стерилизации женщин, абортов и др.*

Одна из проблем, которая интересует биомедицинскую этику – это проблема *возникновения человеческой жизни*. Вопрос о том, с какого момента беременности можно говорить о существовании плода как человека волнует ученых, как отечественных, так и зарубежных. Вопрос этот очень важен потому, что именно решение этого вопроса определяет весь спектр проблем, которые связаны с искусственным прерыванием беременности. В том случае, если мы поймем, что человеческая жизнь начинается с момента зачатия, то все последующие манипуляции с человеческим эмбрионом: исследование, уничтожение, замораживание и т. д. – это манипуляции с живым человеческим существом, и уничтожение человеческого эмбриона, это прежде всего уничтожение человеческой жизни (гл. 8.3).

Как этот вопрос решается современной наукой? С течением времени представления о том, когда начинается человеческая жизнь, существенно менялись. Еще буквально сто лет назад биологи писали о том, что человеческая жизнь начинается с четырех месяцев развития человеческого плода, поскольку в четыре месяца начинает формироваться нервная система, что и рассматривалось биологами как начало человеческой жизни. Сейчас исследователи полагают, что развитие нервной ткани плода начинается и фиксируется не на четвертом месяце развития плода, а на четвертой неделе. И если мы согласимся с этой позицией, то таким образом уничтожение плода на восьмой, седьмой, десятой, двенадцатой неделе есть уже ни что иное, как уничтожение человека или, попросту говоря, убийство. Среди естественнонаучных подходов нет единой точки зрения. Одна позиция – это начало формирования нервной ткани плода в четыре недели. Но среди медиков и эмбриологов существует и другая позиция – возникновение человека в том случае, когда сформирована легочная система – двадцать вторая неделя. Единства в этих позициях нет. Представители различных эмбриологических школ пока не могут определиться, что взять за исходный пункт, начала человеческой жизни. Помимо этической позиции существует позиция религиозная. Но в данном случае и религиозная и этическая, сугубо философская позиция, совпадают.

Этическая позиция говорит о том, что человеческая жизнь и личность существуют тогда, когда человеческое существо является субъектом морального взаимоотношения. Поэтому с точки зрения этики и с точки зрения христианской религии человеческая жизнь начинается с момента зачатия²⁰.

Ожесточенные моральные дискуссии сегодня идут по проблеме аборта, выявляя при этом три главные для понимания вопроса позиции: либеральная, умеренная и консервативная.

Согласно *либеральной позиции* до момента естественного рождения женщина имеет полное право принять решение о проведении аборта, а врач обязан обеспечить реализацию этого права. Нерожденный плод не признается ни в каком смысле человеческой личностью, на нерожденный плод не распространяется право на жизнь и, следовательно, он не обладает качеством, которое обязывало бы других воздержаться от действий, прекращающих его существование. Для либералов аборт ни в каком смысле не является убийством. Статус недочеловеческих существ (абортированных плодов) рассматривается исключительно в интересах третьих лиц. С либеральной точки зрения запрещение абортов неприемлемо, ибо ограничивают права человека – матери. Плод человеком не признается и правами не обладает.

Для *умеренной позиции* характерно представление о том, что превращение природного существа в человеческую личность осуществляется постепенно в процессе развития от зачатия до рождения. Плод в процессе формирования как бы накапливает объем своей человечности и, следовательно, объем права на жизнь. Если разделить беременность на три равные части (каждая часть длительностью в три месяца называется триместр), то в первые три месяца объем прав у плода минимален и их могут превысить социальные или экономические интересы матери. В последний триместр он уже весьма значителен, и с умеренной позиции интересы матери могут превысить право плода на жизнь только при наличии прямой угрозы для ее жизни.

Принятие решения о правомерности аборта наиболее сложно во втором триместре. Здесь меньше всего согласия и больше всего возможных вариантов логической аргументации или морального взвешивания прав матери и плода. Поскольку плод обладает некоторым объемом человеческих прав, то аборт, с данной точки зрения, может быть квалифицирован как убийство невиновного. Естественно, что возникает ситуация, требующая предложить аргументы для оправдания практики убийства невиновного. Статус абортированных пло-

²⁰ Силуянова И. В. Биоэтика в России: ценности и законы / И. В. Силуянова. М., 2001.

дов авторы умеренной интерпретации рассматривают как промежуточный между человеческим и животным, что предполагает необходимость разработки особых этических и правовых норм, регламентирующих использование (утилизацию) этих существ.

По мнению *консерваторов*, аборт не может иметь морального оправдания. Аборт рассматривается как прямое умышленное убийство. Зародыш с момента зачатия – это личность, которой необходимо приписать основной объем прав человека – прежде всего право на жизнь.

В рамках общего консервативного понимания существует *ультраконсервативная* позиция, запрещающая аборт. Сторонники *умеренного консерватизма* признают право на аборт при наличии прямой угрозы для жизни женщины, или в тех случаях, когда беременность является следствием насилия или инцеста. Основанием консервативных точек зрения, как правило, выступает религиозная позиция²¹. В любом случае аборт представляет собой глубокую моральную и физическую травму для женщины, нанося вред ее здоровью и прерывая жизнь нерожденного человека.

В рамках биоэтического дискурса высказываются различные точки зрения и относительно искусственного зачатия. *Искусственное зачатие* или *оплодотворение in vitro* (в пробирке) произвело революцию в акушерстве и лечении женского бесплодия. В 1978 г. в Англии родилась Луиза Браун – первый ребенок, появившийся на свет благодаря методу «оплодотворение in vitro», проверенному на животных. Вскоре после этого во Франции родилась Амандин (1982). На сегодняшний день число детей, появившихся на свет таким образом, превышает 14 000. Однако этот метод, как указывает исследователь медицины Жак Судо, имеет и теневую сторону – и не только из-за использования спермы постороннего человека (донора) по отношению к супружеской паре, привлечения суррогатной матери, но и из-за разрушения человеческих эмбрионов. Для того чтобы оплодотворение прошло успешно, в матку женщины вводят несколько эмбрионов; остальные остаются в замороженном состоянии. Из числа введенных эмбрионов в утробе матери будет развиваться один-два, другие подлежат абортированию. Замороженные эмбрионы, если их не используют, погибают после 5 лет хранения. Более того, сегодня в качестве материала для научных экспериментов метод искусственного оплодотворения предлагает живые эмбрионы человека.

Практика репродуктивных технологий, связанных с рождением человека, таких, как искусственная инсеминация спермой донора или мужа, оплодотворение вне организма (экстракорпоральное) с последующей имплантацией эмбриона в матку женщины, суррогатное материнство [90], когда яйцеклетка одной женщины оплодотворяется in vitro, а затем эмбрион имплантируется другой женщине, вынашивающей плод для генетической матери, ставит перед биоэтикой новые философско-этические проблемы. Насколько нравственно и юридически оправдано донорство спермы или яйцеклетки? Должна ли соблюдаться врачебная тайна (конфиденциальность) при искусственном оплодотворении донорского зародышевого материала? Имеют ли право на получение информации о своих биологических родителях дети, рожденные с помощью использования спермы донора? Должно ли донорство генетического материала быть безвозмездным, альтруистическим?

Такого же рода этические и правовые коллизии возникают в случае применения оплодотворения в пробирке, когда приходится решать вопросы о моральном и правовом статусе эмбриона, стадии развития зародыша как человеческого существа, установлении материнства ребенка при донорстве яйцеклетки (матерью является женщина, родившая ребенка или донор яйцеклетки).

²¹ Тищенко, П. Д. К вопросу о методологии мысленных экспериментов в биоэтике / П. Д. Тищенко // Вопросы философии. 1994. № 3.

В 70-е гг. XX в. с появлением способа *диагностики состояния плода в утробе матери*, т. е. с определением наличия пороков развития, аномалий, генетических заболеваний, в биоэтике появился новый важный раздел. Частью такого диагностирования является *эхография* (УЗИ) – этически приемлемый способ диагностики и *амницентез* — метод, представляющий опасность для плода, но используемый в случае опасности физического или генетического дефекта плода. В настоящее время не найден способ терапевтического или хирургического лечения плода в утробе матери. Пока медики ставят своей задачей поиск возможности аборттировать такой зародыш на ранней стадии его развития. Отсюда возникает *нравственная дилемма для родителей*, поскольку принятие такого диагноза означает принятие идеи аборта.

Контрацепция — еще один важный аспект биоэтических дискуссий. Внедрение внутриматочных средств (ВМС) контрацепции и их систематическое применение в слаборазвитых странах, наносят вред по оценке Жака Судо²², этически неоднозначный не только потому, что эти средства по своим характеристикам являются контрацептивно аборттивными, но и из-за того, что в слаборазвитых странах способ установки этих противозачаточных средств сродни ветеринарному, и не несет в себе никакого уважения к человеку.

Противозачаточные эстроген-гестогенные таблетки, индекс Перла 1 (количество женщин из 100, способных забеременеть за год) были приняты на вооружение для освобождения женщин от нежелательных беременностей. При этом они стали средством лишения полового акта его детородной направленности, средством достижения свободных, ни к чему не обязывающих сексуальных отношений, и привели к самой низкой рождаемости в истории человечества.

Новые противозачаточные средства – таблетки, не содержащие эстрогенов, инъекционные средства или имплантируемые по своим характеристикам также являются аборттивными.

Распространение абортов, делает категорический вывод Жак Судо, очень мало связано с развитием медицины и ее прогрессом. Споры по поводу абортов выходят далеко за рамки биоэтики. Однако биоэтический аспект в этой сфере важен, так как именно благодаря ему эмбрион можно рассматривать как человеческое существо и поэтому требовать для него правовой защиты.

²² Судо, Ж. Ц http://www.kcn.ra/tat_ru/reHgion/catholic/aborto2.htm.

3.2. Проблема смерти в философском и медицинском измерениях. Эвтаназия, достойное умирание, хосписы

Проблема смерти противостоит проблеме жизни. Смерть является одной из основных тем философского и биомедицинского размышления, и в духовном опыте человечества трактовалась по-разному. *Смерть* означает *прекращение жизни*, естественный или насильственный конец индивидуального живого существа. Сопровождающие смерть потрясения настолько велики и глубоки, что некоторые исследователи происхождения почти всех видов искусства выводят из осмысления феномена смерти: музыки – из печальных и горьких песнопений, стонов и жалоб по покойнику; скульптуры и живописи – из стремления изобразить телесный облик навсегда утерянного, отдельных событий прошедшей жизни, радостях и горестях ушедшего человека. Переживание факта существования смерти, размышления о жизни, судьбе человека, его месте и предназначении в мире, смысле существования всегда были целенаправленными в философии. Философия рассматривала смерть главным образом с точки зрения осознания факта и смысла смерти как завершающего момента человеческой жизни, ибо *человек*, в отличие от других живых существ, *осознает свою смертность*. В последующие после античности века христианское мировоззрение способствовало перемещению вопроса о смерти в личностное, особое, духовное измерение. Сама тема смерти надолго стала темой религиозного, а не философского сознания. Только в XIX–XX вв. возрастает философский интерес к проблеме смерти, «смерти как конечности жизни», «конечности временности пребывания на земле» и происходит это в связи с критическим переосмыслением рационалистических идеалов классической философии. В последние десятилетия проблема смерти становится предметом биоэтического исследования.

Стремление людей «освоить», «обжить» феномен смерти проявилось во множестве мифов, сказаний, ритуалов (похороны, жертвоприношения и т. п.). В Древнем Вавилоне считалось, что души умерших попадают в подземный рай и ведут там унылое существование, а посему религия здесь была ориентирована на земную жизнь. В Древнем Египте представления о потустороннем существовании получили, наоборот, гипертрофированный характер, поэтому важно было позаботиться об умершем и снабдить его всем необходимым. В Древней Индии считалось, что душа не погибает вместе с телом, а переселяется в другое тело и последующее переселение души зависит от поведения человека в теперешней жизни.

В античной философии наиболее оригинальное учение о бессмертии души создал *Платон* (ок. 428–347 до н. э.). Согласно его учению, Бог, сотворивший «мировую душу» и «мировое тело» (Космос), образует также все отдельные души, каждой из которых соответствует своя звезда. После смерти бессмертная душа, если человек себя достойно вел при жизни, может вернуться к звездам и вести блаженную жизнь. Прочие же души вынуждены переселяться в новые тела. Учение о бессмертии души имело великий этический смысл, побуждая людей к возвышению души, очищению ее от земной скверны, страстей, пороков и зла, чему во многом способствует философия. Философия, по мнению Платона, является и подготовкой к смерти, умением умирать – уходить от неистинной жизни. Позже *Иоанн Дамаскин* (ок. 675 – до 753) скажет: «Философия есть помышление о смерти». Согласно атомистическому учению *Демокрита* (ок. 460–380 до н. э.), индивидуальная душа, подобно прочим вещам, состоит из атомов и должна будет распасться на атомы и прекратить свое существование, правда ее «бессмертные» атомы войдут в состав новой души. *Эпикур* (ок. 342–271 до н. э.), будучи как и Демокрит атомистом и считая душу смертной, видел цель философии в достижении счастья, избавлении от страхов жизни и смерти, судьбы, загробного мира и учил,

что «самое страшное из зол, смерть, не имеет к нам никакого отношения; когда мы есть, то смерти еще нет, а когда смерть наступит, то нас уже нет».

Противоположную по отношению к предшествующей ему традиции трактовку проблемы смерти обозначает *А. Шопенгауэр* (1788–1860). Основной чертой его философии, принимающей за неразрушимое вечное в человеке разум и интеллект, является рассмотрение в качестве первоначала *волю*. Именно воля – начало обуславливающее, тогда как интеллект – «феномен производный и обусловленный мозгом, и поэтому он вместе с ним начинается и кончается». Со смертью таким образом погибает сознание, но не то, что породило и поддерживало это существование. Воля, считает Шопенгауэр, испытывает страх, хотя смерти она не подлежит. Страхи смерти питаются главным образом иллюзией, будто «я» исчезнет, а мир останется. На самом деле как раз наоборот, исчезает мир, т. е. *видимое нашему сознанию*, а «сохраненное ядро я, носитель и создатель того субъекта, в чьем представлении мир только и имеет свое существование, остается. Шопенгауэр надеется, что его учение позволит снять противоречие между мнением, будто смерть – наш конец, и верой в то, что мы все-таки должны быть вечны. Как видим, на взгляды Шопенгауэра в отношении смерти большое влияние оказали традиции восточной культуры.

Особое (лично переживающее) понимание смерти обосновывает *М. Хайдеггер* (1889–1976). Смерть он рассматривает как фундаментальный фактор самого человеческого бытия, а не как биологический переход из одного состояния в другое. Тем самым феномен смерти приобретает особый статус: человеческое бытие есть «бытие-к-смерти». Именно сознание смертности, а не самосознание человека определяет его субъективность. В то же время феномен смерти является позитивным параметром человеческого бытия, поскольку именно осознание, осмысление своей смерти делает бытие «собственным». «Смерть есть конец пребывания в бытии данного существующего к своему концу».

В отличие от Хайдеггера, *А. Камю* (1913–1960) не ставит перед собой цель выяснить, что такое смерть. Его интересует общая «философская» *основа отказа от жизни*. «Есть лишь одна по-настоящему серьезная философская проблема – проблема самоубийства» («Бунтующий человек», 1951). Решение покончить с собой, по мнению Камю, это признание человека в том, что жизнь в его глазах сделалась бессмысленной, непонятной, абсурдной, что он стал чувствовать себя посторонним в мире. Однако самоубийство – ложный вывод из осознания абсурда. Абсурд – это ясность, т. е. ясное осознание человеком того, что существование бессмысленно, и эта ясность делает человеку честь. Кроме того, самоубийство не отменяет бессмысленности бытия, а только поддерживает ее. «Абсурдный человек», – человек, осознавший абсурд, он *способен сам придать ценность своему существованию*, по-человечески *жить* в этом мире. Смерть для Камю выступает не как исходный пункт смыслоопределяющей активности человека, а как отрицание всякого смысла. *Ж. П. Сартр* (1905–1980) также отрицает смыслоопределяющий статус смерти, рассматривая ее как то, что не индивидуализирует человека, а обезличивает его, лишает подлинности, «собственности». В соответствии с этим отношение к смерти должно строиться как сопротивление, противопоставление ей.

Вспомним, что в России во второй половине XIX в. сформировались учения (Н. Ф. Федоров, В. С. Соловьев), в которых смерть объявлялась врагом рода человеческого, помехой всеединству, космическим злом, считалось, что с нею не может быть никакого примирения.

В современной культуре и науке особое внимание уделяется проблеме *эвтаназии*. Термин «эвтаназия» означает безболезненную добровольную смерть и отражает естественное для человека желание *умереть спокойно, легко и безболезненно*. В данном понятии можно выделить такие смыслы, как ускорение смерти тех, кто переживает тяжкие страдания, забота об умирающих, предоставление человеку возможности умереть, прекращение

жизни «лишних» людей. Возникает вопрос, как с этими смыслами сочетаются знаменитые принципы, изложенные в *клятве Гиппократа* [52]: «Клянусь не давать смертельного лекарства, даже если меня об этом попросят, или советов, которые могут привести к смерти». Сегодня использование медициной новейших средств позволяет продлить биологическое существование человека на бесконечно долгий срок, превращая порой несчастных пациентов и его близких в заложников сверхгуманизма. Проблема эвтаназии порождает многочисленные дискуссии, в которых одни отвергают эвтаназию как акт убийства, другие рассматривают ее как панацею от всех бед.

Поворот медицины «лицом к умирающему больному», как отмечают А. Я. Иванюшкин и А. К. Хетагурова²³, предсказал на рубеже эпохи Возрождения и Нового времени английский философ Ф. Бэкон (1561–1626), который первым употребил слово «эвтаназия». Обсуждая в своем труде «О достоинстве и приумножении наук» (1605) цели медицины, Ф. Бэкон подробно останавливается на проблеме отношения к неизлечимым больным. Он писал:

– «у врачей многие болезни считаются неизлечимыми; исходя из этого, врачи подчас несправедливо обрекают на смерть множество больных, однако, к счастью немалая часть их выздоравливает независимо от врачей»;

– «...само утверждение, что эти болезни неизлечимы, как бы санкционирует и безразличие, и халатность, спасая невежество от позора»;

– «...необходимо специальное направление научной медицины *по эффективному оказанию помощи неизлечимым, умирающим больным*» («если бы они (врачи – авт.) хотели быть верными своему долгу и чувству гуманности, они должны были бы и увеличить свои познания в медицине, и приложить (в то же время) все старания к тому, чтобы облегчить уход из жизни тому, в ком еще не угасло дыхание... Эта дисциплина должна получить развитие». «Я абсолютно не сомневаюсь в необходимости создать какую-то книгу о *лечении болезней, считающихся неизлечимыми*, для того, чтобы она побудила и призвала выдающихся и благородных врачей отдать свои силы этому труду, насколько это допускает природа»;

– «...профессиональным долгом врачей по отношению к таким больным является эвтаназия, понимаемая, исключительно как облегчение мук умирания. И я хотел бы пойти здесь немного дальше: я совершенно убежден, *что долг врача* состоит не только в том, чтобы восстанавливать здоровье, но и в том, чтобы облегчить страдания и мучения, причиняемые болезнями, и это не только тогда, когда такое облегчение боли, как опасного симптома болезни может привести к выздоровлению, но даже и в том случае, когда уже нет *совершенно никакой надежды на спасение и можно лишь сделать самое смерть более легкой и спокойной*, потому что эта эвтаназия... *уже сама по себе является немалым счастьем*».

В течение XIX в. призыв Ф. Бэкона к врачам об обязательности помощи умирающим стал этической нормой.

Обсуждение моральных проблем отношения врачей к умирающим приобрело на рубеже XVIII–XIX вв. вполне современный вид не случайно: расширилось понимание предмета медицины, в него стали включать важнейшие социальные вопросы (организации борьбы с эпидемиями; санитарного надзора за продуктами питания; общественной и профессиональной гигиены). Особое внимание уделялось охране здоровья женщин, детей, бедных, инвалидов (слепых, глухонемых, душевнобольных). Тем самым, присущая издавна врачебному сознанию идея гуманности включила в себя новые аспекты.

До начала современного хосписного движения во второй половине XX в., проблема отношения медиков к умирающим обсуждалась в основном как проблема эвтаназии.

²³ Курс лекций по паллиативной помощи онкологическим больным: в 2 т. / под ред. Г. А. Новикова, В. И. Чиссова, О. П. Модникова. М., 2004.

Определяющее влияние на судьбу идеи эвтаназии в 40— 50-е гг. XX в. (а в некотором смысле и по сей день) оказала медицинская практика в нацистской Германии. В 1935 г. здесь вышла книга врача-нациста Клингера «Милость или смерть», в которой обосновывалась концепция «жизни, не стоящей того, чтобы жить». В 1939–1941 гг. в нацистской Германии осуществляется практика эвтаназии по отношению к душевнобольным, дряхлым старикам, детям с неизлечимыми уродствами. Практика эвтаназии в нацистской Германии имела особенности.

Во-первых, обосновали, а затем санкционировали такую медицинскую практику представители германской медицинской науки (прежде всего генетики и психиатры).

Во-вторых, сама эта практика проводилась по отношению к немцам (что даже подчеркивалось), подтекст, здесь таков – только они достойны такой гуманности.

В-третьих, речь идет об эвтаназии насильственной (одно дело, когда это пациент некомпетентный в силу возраста или психического статуса, и решение за него принимает его законный представитель, другое, когда решение об эвтаназии принимали исключительно административные органы).

В-четвертых, врачебная экспертиза, лежавшая в основе отбора пациентов, целиком была лишена признаков индивидуального подхода к пациенту: решение принималось в бюрократическом порядке на основании документов.

В-пятых, смерть от используемых в нацистской практике средств активной, насильственной эвтаназии (отравляющие газы, яды, которые вводились парентерально) не была безболезненной.

Данные приводятся по книге профессора *А. П. Зильбера* «Трактат об эвтаназии»²⁴. Это энциклопедический труд в плане собранных в нем исторических сведений, касающихся проблемы эвтаназии.

Принудительная смерть как разновидность эвтаназии в своем чудовищном аморальном виде, противоречащем человеческому существованию, предстала на Нюрнбергском процессе. Именно тогда стало известно, что нацистские врачи уничтожили тысячи людей с физическими недостатками, считавшихся бесполезными для общества, душевнобольных и т. п. Нацистами была разработана чрезвычайно эффективная программа умерщвления. Миру также стало известно, что некоторые врачи, вопреки данной ими клятве Гиппократу, ставили злодейские опыты на военнопленных и на депортированных из занятых нацистами стран, тем самым обесчестив профессию медика.

Спустя 18 лет стали известны скандальные случаи нарушения медицинской этики в Соединенных Штатах Америки. В 1963 г. в Бруклине в Еврейской больнице для страдающих хроническими заболеваниями престарелым пациентам без их согласия в качестве эксперимента были введены активные раковые клетки.

В период 1965–1971 гг. в Государственной больнице Уиллоубрук (Нью-Йорк) проводились исследования вирусного гепатита. В ходе этих исследований вирус гепатита вводился детям с физическими недостатками. Эти и другие факты показали, что биолого-медицинские исследования могут приводить к аморальным последствиям, несовместимым с человеческим достоинством и правом на жизнь.

В 1950 г. Генеральная ассамблея здравоохранения рекомендует всем государствам «осудить практику эвтаназии при любых обстоятельствах». Запретительное решение Всемирной организации здравоохранения [29] эвтаназии совпало с историческим моментом зарождения хосписного движения, формированием философских, теоретических и этических основ современной паллиативной [57] медицины.

²⁴ Зильбер А. П. Трактат об эвтаназии / А. П. Зильбер. Петрозаводск, 1998.

Вся вторая половина XX в. характеризуется ростом внимания специалистов-медиков, а также и ученых, работающих в гуманитарных науках, к проблеме умирания и смерти.

В 1969 г. выходит книга *Элизабет Кюблер-Росс* (сельского врача, впоследствии – психиатра) «О смерти и умирании», оказавшей наибольшее влияние на всю современную паллиативную медицину²⁵.

Особого внимания заслуживает вышедшая в 1977 г. во Франции книга историка и культуролога *Филиппа Арьеса* «Человек перед лицом смерти» (переведена на русский в 1992 г.). Ф. Арьес – представитель школы исторической антропологии, рассматривает изменение отношения человека к смерти на протяжении исторического периода от раннего Средневековья до последней четверти XX в. В середине 70-х гг. Ф. Арьес обращает свой взгляд на факты и тенденции, которые в настоящее время находятся в центре внимания специалистов современной паллиативной медицины: все чаще умирание и смерть происходят в больницах, где методы оказания медицинской помощи нередко превращаются в средства отчуждения, затягивания умирания, казенной изоляции; от умирающего всячески скрывают правду²⁶.

Как считают некоторые исследователи, книга Ф. Арьеса повернула многих ученых к теме смерти.

В 1990 г. вышел русский перевод книги *Р. и В. Зорза* «Путь к смерти. Жить до конца»²⁷, которая определила развитие хосписного движения во всем мире (прежде всего, в США). В ней рассказывается о 25-летней дочери авторов, страдавшей меланомой, и умиравшей в течение 8 дней в одном из английских хосписов. Воздействие книги Р. и В. Зорза объясняется не только ее документальным характером, но и изложением философской и этической позиций современной паллиативной медицины.

Следует обратить внимание и на работу психиатра *А.Л. Шутценбергера* «Тяжелобольной пациент (15-летний опыт применения психодрамы для лечения рака)»²⁸, опубликованную в журнале «Вопросы психологии» (1990, № 5).

Достижения в области биомедицинских научных и методологических исследований, граничащие с настоящей научной революцией, позволяют сегодня сохранить жизнь серьезно больным и получившим травмы людям, лечение которых еще вчера не представлялось возможным. Современные методы обеспечения работы сердечно-сосудистой системы, дефибрилляция сердца, вентрикулярная, респираторная поддержка, мониторинг и стимуляция сердца, регулирование и выравнивание обменных процессов, диализ и профилактика инфекционных заболеваний позволяют поддерживать жизнь больных, получивших серьезные травмы с глубокими обменными нарушениями и с нарушениями функций различных органов. В результате можно искусственно поддерживать жизнь серьезно пострадавшего человека, не надеясь привести его в сознание и вернуть к нормальной жизни. Такая реанимация и отсутствие права на смерть послужили причиной горячих дискуссий. Свою роль в этих дискуссиях сыграли и известные случаи необоснованно затянутой реанимации. Так, например, американка Карей Квинлан впала в коматозное состояние в 1975 г. и пробыла в коме до 1985 г. или Пол Бейлей, находившийся в коматозном состоянии 25 лет.

Различают пассивную и активную эвтаназию [100]. *Пассивная* — это отказ от жизнеподдерживающего лечения, когда оно либо прекращается, либо вообще не назначается. Пассивная эвтаназия означает недопустимость использования для сохранения жизни больного экстраординарных и чрезвычайных средств, если он не хочет их применения. Она также

²⁵ Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании / Э. Кюблер-Росс. Киев. 2001.

²⁶ Арьес Ф. Человек перед лицом смерти / Ф. Арьес. М., 1992.

²⁷ Зорза Р., Зорза В. Путь к смерти. Жить до конца / Р. Зорза, В. Зорза. М., 1990.

²⁸ Шутценбергер А. А. Тяжелобольной пациент (15-летний опыт применения психодрамы для лечения рака) / А. А. Шутценбергер // Вопросы психологии. 1990. № 5. С. 94–106.

предполагает прекращение дальнейшего лечения, за исключением того, которое уменьшает боль, – в этих случаях по желанию пациента должны быть прекращены даже внутривенные вливания и искусственное питание. Нельзя предпринимать попыток воскрешения человека, если его сердце или легкие перестали работать. Если пациент хочет выписаться из больницы для того, чтобы умереть дома, то ему это разрешается²⁹. *Активной эвтаназией* называется эвтаназия, когда пациент требует специальных средств для ускорения смерти³⁰.

Итак, под эвтаназией понимается не просто легкая, безболезненная смерть, а смерть, которая соответствует желанию самого умирающего (либо желанию его родственников и близких, если умирающий безвозвратно потерял сознание) и происходит при содействии (активном или пассивном) медика. Именно этим эвтаназия определяется как контекст медицинской практики, в котором можно обсуждать проблемы эвтаназии, как таковой, и круг непосредственно причастных к ней лиц. Вместе с тем вопросы эвтаназии затрагивают глубинные слои человеческого существования и фундаментальные ценности общества, чем и объясняется острота и сложность дискуссий. Противоречивые взгляды на эвтаназию с медицинской и морально-этической точек зрения породили и противоречивую юридическую оценку этого явления³¹. Активная эвтаназия – это преднамеренное действие с целью прервать жизнь пациента. Различают такие ее формы, как умерщвление из сострадания, когда жизнь является мучением и прерывается врачом, даже без согласия пациента; добровольная [100] – эвтаназия и уход из жизни по согласию с пациентом при помощи врача.

Право человека распоряжаться собственной жизнью и отказ от негуманного, уничтожающего его достоинство лечения, выступает основным *аргументом сторонников активной эвтаназии*. Святость человеческой жизни, возможность врачебной ошибки при ненадежном диагнозе, опасность злоупотреблений, если эвтаназия будет узаконена и т. п. являются вескими *аргументами против активной эвтаназии*. Все эти проблемы свидетельствуют о том, что эвтаназия – это междисциплинарная проблема, требующая для своего разрешения профессиональных и нравственных усилий философов, медиков, правоведов, всех заинтересованных людей.

В развитии отдельных заболеваний наступают моменты, когда попытки остановить болезнь бессильны, и перед медиками встает задача обеспечить *достойное для человека умирание и смерть*. Концепция больничного пространства не предполагает таких механизмов, ибо клиника сегодня предназначена для человека, который достаточно быстро и эффективно может поправиться.

В соответствии с этим все более востребованной становится методика *паллиативной медицины*.

Вопросы паллиативной помощи, особо остро заявили о себе в 70-е гг. XX в. и инициировали создание специальных учреждений – хосписов. Понятие хосписа включает понятие глубочайшего милосердного отношения человека к страданиям другого человека. Определение *милосердия* восходит к Пятикнижию, где означало любящую доброту. Для Аристотеля это чувство понималось как противоположное гневу и означало сочувствие, сострадание, жалость.

С точки зрения нормативных правил милосердие непосредственно связано с требованием прощения обид, непротivления злу насилием, любви к врагам, состраданию. В биоэтике милосердие понимается как сострадание человеческому горю, желание помочь человеку переносить боль, муки, чувство одиночества, беду.

²⁹ Куртц П. Запретный плод. Этика гуманизма / П. Куртц. 2002. С. 189.

³⁰ Куртц П. Запретный плод. Этика гуманизма / П. Куртц. 2002. С. 161, 190.

³¹ Павлова Ю. В. Проблемы эвтаназии в праве / Ю. В. Павлова // Здравый смысл. 2005. № 3. (36).

В средневековые хосписами называли кельи при монастырях, в которых отдыхали странствующие паломники, обессиленные больные, которые там же и умирали. Первый современный хоспис был открыт в 1967 г. в Лондоне благодаря усилиям доктора *С. Сандерс* — Хоспис Св. Кристофера. Главным вдохновителем создания хосписов в СССР был уже упоминавшийся В. Зорза. Его дочь Джейн, узнав перед смертью, что ее отец родом из России (он всю жизнь это скрывал), завещала ему строить хосписы в Индии и России, чему он и последовал.

Существует несколько форм организации хосписов: хоспис-больница, домашний хоспис, мобильный хоспис, или хоспис-амбуланс, и смешанный тип хосписа. На сегодняшний день наиболее распространены два типа хосписов — хоспис-больница и домашний хоспис.

Хоспис-больница — это специально построенное здание, больница, в которой пациенту оказывают необходимую медицинскую помощь, и в которой он может находиться достаточно долго, как правило, до конца отведенного болезнью срока.

В условиях *домашнего хосписа* пациента на дому курирует паллиативная команда, состоящая из врача, медсестры, социального психолога, волонтера, а также духовника, когда это необходимо. В работе с каждым пациентом и его семьей разрабатывается индивидуальный план паллиативного ухода.

Мобильный хоспис (хоспис-амбуланс) создается при больницах и оказывает помощь после выписки пациента на паллиативный уход на дому. Больного, как правило, для оказания экстренной медицинской помощи посещают врач и медсестра. Положительным в мобильных хосписах является то, что больного до конца сопровождают врачи и медицинские сестры, знакомые ему еще со времени пребывания в больнице. Негативной стороной при этом является невозможность оказывать помимо медицинской, другие виды профессиональной комплексной помощи, включая психологическую, социальную и духовную.

Смешанный хоспис подразумевает наблюдение больного на дому, но в случае обострения болезни его помещают в стационар, обычно рассчитанный на 15–20 мест для взрослого хосписа и 5–8 для детского.

Этические и социальные заповеди хосписа.

- Хоспис — дом жизни, а не дом смерти. Это достойная жизнь до конца, работаем с живыми людьми. Только они умирают раньше нас.

- Основная идея хосписа — облегчить боль и страдания как физические, так и душевные. Мы мало можем сами по себе и только вместе с пациентом и его близким мы находим огромные силы и возможности.

- Нельзя торопить смерть и нельзя тормозить смерть. Каждый человек живет свою жизнь. Ее времени не знает никто. Мы лишь попутчики на этом этапе жизни пациента.

- За смерть нельзя платить, как и за рождение. Хосписы должны быть бесплатными.

- Если пациента нельзя вылечить, это не значит, что для него ничего нельзя сделать. То, что кажется мелочью, пустяком в жизни здорового человека, — для пациента имеет огромный смысл.

- Пациент и его близкие — единое целое. Будь деликатен, входя в семью. Не суди, а помогай.

- Пациент ближе к смерти, поэтому он мудр, узри его мудрость.

- Каждый человек индивидуален. Нельзя навязывать пациенту своих убеждений. Пациент дает нам больше, чем мы можем дать ему.

- Репутация хосписа — это твоя репутация.

- Не спеши, приходя к пациенту. Не стой над пациентом — посиди рядом. Как бы мало времени не было, его достаточно, чтобы сделать все возможное. Если думаешь, что не все успел, то общение с близкими ушедшего успокоит тебя.

- Ты должен принять от пациента все, вплоть до агрессии. Прежде чем что-нибудь делать – пойми человека, прежде чем понять – прими его.
- Говори правду, если пациент этого желает и если он готов к этому. Будь всегда готов к правде и искренности, но не спеши.
- «Незапланированный» визит не менее ценен, чем визит «по графику». Чаше заходи к пациенту. Не можешь зайти – позвони; не можешь позвонить – «вспомни и все-таки... позвони».
- Хоспис – дом для пациентов. Мы – хозяйева этого дома, поэтому переобуйся и вымой за собой чашку.
- Не оставляй свою доброту, честность и искренность у пациента – всегда носи их с собой.
- Главное, ты должен знать то, что ты знаешь очень мало.

Для стандартизации работы различных хосписных программ в ноябре 1981 г. руководство Национальной организации хосписов США приняло специальный перечень принципов и стандартов. На их основе в 1993 г. Международной организацией детских хосписов были сформулированы «Стандарты хосписного попечительства над детьми».

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.