

Министерство образования и науки Российской Федерации
Вологодский государственный университет

А.Г. Кузьмин

**ЭТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
КЛИНИЧЕСКИХ ИНЖЕНЕРОВ**

*Утверждено редакционно-издательским советом ВоГУ
в качестве учебного пособия*

Вологда
2014

УДК 614.253.6 (07)
ББК 51.1я7
К 89

Рецензенты:

зам. главного врача Вологодской областной клинической больницы
по лечебной работе **Т.Е. Лазарева**;
главный невролог Департамента здравоохранения Вологодской области,
зав. неврологическим отделением Вологодской областной
клинической больницы **И.А. Тиханкин**

Кузьмин, А.Г.

К 89 **Этические основы деятельности клинических инженеров**: учебное
пособие / А.Г. Кузьмин. – Вологда: ВоГУ, 2014 г. – 87 с.

В учебном пособии рассмотрены этические модели в медицине, варианты биоэтики в работе клинического инженера, инвазивные методы в практике клинического инженера, проблемы и перспективы биоэтики, деонтологические основы научной деятельности в области медицины, этические правила проведения клинических и медико-биологических экспериментов на человеке.

Пособие предназначено для студентов направления 12.03.04. «Биотехнические системы и технологии».

УДК 614.253.6 (07)
ББК 51.1я7

©ВоГУ, 2014
© Кузьмин А.Г.

1. ЭТИКА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

1.1. Этические модели в медицине

Профессиональная деятельность клинического инженера интегрирована во все основные сферы медицинской науки и практики. Истоки клинической психологии и ее развитие как специальности неразрывно связаны с медициной, особенно с психиатрией и психотерапией. Поэтому, обращаясь к этическим аспектам этой сравнительно молодой специальности, нельзя не остановиться на современных моделях медицинской этики.

Более 25 веков в европейской культуре формировались, изменялись различные моральные принципы и правила, сопровождавшие многовековое существование медицины. Различные нравственные регуляторы, функционировавшие на разных этапах развития общества, – религиозные, культурные, этнические, социально-экономические – влияли на формирование этических моделей и в медицине. Учитывая все многообразие врачебного нравственного опыта, можно выделить четыре сосуществующие модели:

- модель Гиппократ (принцип «не навреди»);
- модель Парацельса (принцип «делай добро»);
- деонтологическая модель (принцип соблюдения долга);
- биоэтика (принцип уважения прав и достоинства личности).

Исторические особенности и логические основания каждой из моделей определяли становление тех моральных принципов, которые составляют сегодня ценностно-нормативное содержание современной биомедицинской этики.

Модель Гиппократ. Первой формой врачебной этики были моральные принципы врачевания Гиппократ (460-377 гг. до н. э.), изложенные им в «Клятве», а также в книгах «О законе», «О врачах», «О благоприличном поведении», «Наставления» и др., в древних культурах – вавилонской, египетской, иудейской, персидской, индийской, греческой – способность врачевать свидетельствовала о божественной избранности и определяла элитное, как правило жреческое, положение в обществе. Считается, что Гиппократ был сыном одного из жрецов бога Асклепия – Гераклида, который дал ему первоначальное медицинское образование. Становление светской медицины в Древней Греции связано с принципами демократии городов-государств, и освященные права врачующих жрецов неизбежно сменялись моральными профессиональными гарантиями и обязательствами лекарей перед страждущими. Помимо этого, этика Гиппократ, что хорошо иллюстрируется «Клятвой», была вызвана необходимостью отмежеваться от врачей-одиночек, разных шарлатанов, которых и в те времена было немало, и обеспечить доверие общества к врачам определенной школы или корпорации асклепиадов.

Практическое отношение врача к больному и здоровому человеку, изначально ориентированное на заботу, помощь, поддержку, является основной чертой профессиональной врачебной этики. Ту часть врачебной этики, которая рассматривает проблему взаимоотношения врача и пациента под углом зрения социальных гарантий и профессиональных обязательств медицинского сообщества, можно назвать моделью Гиппократов. Речь шла об обязательствах перед учителями, коллегами и учениками, о гарантиях непричинения вреда («Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от всякого вреда и несправедливости»), оказания помощи, проявления уважения, об отрицательном отношении к убийству и эвтаназии («Я не дам никакому просимому у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла»), абортам («Я не вручу никакой женщине абортивного пессария»), об отказе от интимных связей с пациентами («В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, несправедливого и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами»), «У врача с больными немало отношений: ведь они отдают себя в распоряжение врачам, и врачи во всякое время имеют дело с женщинами, с девицами и с имуществом весьма большой цены, следовательно, в отношении всего этого врач должен быть воздержанным»), о врачебной тайне («Что бы при лечении, а также и без лечения, я ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной»).

Основополагающим среди перечисленных принципов для модели Гиппократов является принцип «не навреди», который фокусирует в себе гражданское кредо врачебного сословия. Этот принцип формирует исходную профессиональную гарантию, которая может рассматриваться как условие и основание его признания обществом в целом и каждым человеком отдельно, который доверяет врачу свое здоровье и жизнь. Большое внимание Гиппократ уделял облику врача, не только моральной, но и внешней (одежда, опрятность) респектабельности, что было связано с необходимостью формирования доверия обращающихся к врачебной касте в период перехода от жреческой медицины к светской. Жрецы за всю историю развития религии приобрели статус приближенных к богам, считалось, что от них получали они мудрость и наставления, знания и навыки. Врачи же, преодолевшие храмовость, должны были приобретать и обладать такими качествами, которые способствовали бы формированию облика всего врачебного профессионального сообщества того времени. Гиппократ определял эти качества, отталкиваясь от обобщенных ценностей Древней Греции. В книге «О благоприличном поведении» наиболее полно отражено представление об идеале врача, сложившемся в недрах медицинских школ в эпоху греческого просвеще-

ния: «Каковы они по внешнему виду, таковы и в действительности: врач-философ равен богу».

Гиппократом были определены общие правила взаимодействия врача с пациентом, при этом акцент ставился на поведении врача у постели больного. При контакте с больным предлагалась такая форма общения, которая способствовала бы ориентации пациента на выздоровление: «Очевидным и великим доказательством существования искусства будет: если кто, устанавливая правильное лечение, не перестанет ободрять больных, чтобы они не слишком волновались духом, стараясь приблизить к себе время выздоровления».

Немаловажным и сложным в этическом отношении был вопрос о вознаграждении врача за оказанную помощь и лечение. В условиях жреческой медицины дары и подношения вручались не самому жрецу, а храму, в котором он служил. При переходе к светской медицине, когда гонораром обеспечивается непосредственно врач, необходимы были соответствующие правила, не нарушающие общую архитектонику врачебной этики: «Лучше упрекать спасенных, чем наперед обирать находящихся в опасности».

Модель Парацельса. Второй исторической формой врачебной этики стало понимание взаимоотношения врача и пациента, сложившееся в Средние века. Выразить ее особенно четко удалось Парацельсу (1493-1541 гг.). Эта форма врачебной этики, в рамках которой нравственные отношения с пациентом понимаются как составляющая стратегии терапевтического поведения врача. Если в гиппократовской модели завоевывается социальное доверие личности пациента, то модель Парацельса – это учет индивидуальных особенностей личности, признание глубины ее душевных контактов с врачом и включенности этих контактов в лечебный процесс. «В Парацельсе мы видим родоначальника не только в области создания химических лекарств, но также и в области эмпирического психического лечения» (Г. Юнг). В границах модели Парацельса в полной мере развивается патернализм как тип взаимосвязи врача и пациента. Медицинская культура использует латинское понятие *pater* – «отец», распространяемое христианством не только на священника, но и на Бога. Смысл слова «отец» в патернализме фиксирует, что образцом связей между врачом и пациентом являются не только кровнородственные отношения, для которых характерны положительные психоэмоциональные привязанности и социально-моральная ответственность, но и «целебность», «божественность» самого контакта врача и больного. Неудивительно, что основным моральным принципом, формирующимся в границах данной модели, является принцип «делай добро», благо, или «твори любовь», благодеяние, милосердие. Врачевание – это организованное осуществление добра. Парацельс писал: «Сила врача – в его сердце, работа его должна руководствоваться Богом и освещаться естественным светом и опытностью; важнейшая основа лекарства – любовь». Под влиянием христианской антропологии

Парацельс рассматривал физическое тело человека «лишь как дом, в котором обитает истинный человек, строитель этого дома». Считается, что христианское понимание души способствовало становлению суггестивной терапии, которую активно применял выдающийся врач XVI в. Д. Кардано, рассматривая ее как необходимую и эффективную составляющую любого терапевтического воздействия. Д. Кардано понял роль фактора доверия и утверждал, что успешность лечения во многом определяется верой пациента во врача: «Тот, кто больше верит, излечивается лучше». Важность доверительных отношений между врачом и пациентом неоднократно подчеркивалась выдающимися врачами прошлого, еще в VIII в. Абу-ль-Фарадж писал: «Нас трое – ты, болезнь и я; если ты будешь с болезнью, вас будет двое, я останусь один – вы меня одолеете; если ты будешь со мной, нас будет двое, болезнь останется одна – мы ее одолеем».

В конце XIX – начале XX вв. З. Фрейд десакрализировал патернализм, констатируя либидинозный характер взаимоотношения врача и пациента. Его понятия переноса и контрпереноса являются средством теоретического осмысления сложного межличностного отношения между врачом и пациентом в психотерапевтической практике. Фрейд полагал, что всякий психотерапевт, а деятельность врача любой специальности включает в себя психотерапевтическую компоненту, «должен быть безупречным, особенно в нравственном отношении».

Фрейд писал не только о безупречности, как теоретически выверенной стратегии терапевтического поведения, основывающегося на особенностях природы лечебной деятельности, но и безупречности, как почти механической точности соответствия поведения врача тем или иным нормативам этических требований.

Деонтологическая модель. Впервые термин «деонтология» (от гр. *deontos* – должное, *logos* – учение) ввел английский философ И. Бентам (1748–1832), обозначая этим понятием науку о долге, моральной обязанности, нравственного совершенства и безупречности. Деонтология особенно важна в той профессиональной деятельности, где широко используются сложные межличностные взаимовлияния и ответственные взаимодействия. В медицине – это соответствие поведения врача определенным этическим нормативам. Это деонтологический уровень медицинской этики, или деонтологическая модель, опирающаяся на принцип соблюдения долга. Глубокую сущность деонтологии врачевания раскрывает символическое высказывание голландского врача XVII в. Ван Туль-Пси: «Светя другим, сгораю сам».

Термин «деонтология» ввел в советскую медицинскую науку в 40-х гг. XX в. Н.Н. Петров для обозначения реально существующей области медицинской практики – врачебной этики, которая была отменена в России после революции 1917 г. за ее связь с религиозной культурой.

Деонтологическая модель врачебной этики – это совокупность «должных» правил (соизмерение, сопоставление себя с «должным» и осуществление оценки действия не только по результатам, но и помыслам), соответствующих той или иной конкретной области медицинской практики. Деонтология включает в себя вопросы соблюдения врачебной тайны, меры ответственности за жизнь и здоровье больных, проблемы взаимоотношений в медицинском сообществе, взаимоотношений с больными и их родственниками. Примером этой модели являются правила относительно интимных связей между врачом и пациентом, разработанные Комитетом по этическим и правовым вопросам при Американской медицинской ассоциации (JAMA, 1992, № 2):

- интимные контакты между врачом и пациентом, возникающие в период лечения, аморальны;
- интимная связь с бывшим пациентом может в определенных ситуациях признаваться неэтичной;
- вопрос об интимных отношениях между врачом и пациентом следует включить в программу обучения всех медицинских работников;
- врачи должны непременно докладывать о нарушении врачебной этики коллегами.

Как видно, характер рекомендаций достаточно жесткий, и очевидно, что их нарушение может повлечь за собой дисциплинарные и правовые последствия для врачей, которых объединяет данная ассоциация.

Соблюдать долг – это значит выполнять определенные требования. Недолжный поступок – тот, который противоречит требованиям, предъявляемым врачу со стороны медицинского сообщества, общества, собственной воли и разума. Когда правила поведения открыты и точно сформулированы для каждой медицинской специальности, принцип соблюдения долга не признает оправданий при уклонении от его выполнения. Идея долга является определяющим, необходимым и достаточным основанием действий врача. Если человек способен действовать по безусловному требованию долга, то такой человек соответствует избранной им профессии, если нет, то он должен покинуть данное профессиональное сообщество.

Наборы точно сформулированных правил поведения разработаны практически для каждой медицинской специальности и представляют собой перечень и характеристику этих правил по всем медицинским областям. К середине XX в. медицинская деонтология становится интернациональной – появляются международные документы, регламентирующие поведение врача: Женевская декларация (1948 г) Международный кодекс медицинской этики (Лондон, 1949 г.), Хельсинская декларация (1964 г.), Токийская декларация (1975 г.) и др.

1.2. Вопросы биоэтики в работе клинического инженера

В 60-70-х гг. XX в. формируется новая модель медицинской этики, которая рассматривает медицину в контексте прав человека. Термин «биоэтика» (этика жизни), который был предложен Ван Ренселлером Поттером в 1969 г., раскрывается как «систематические исследования поведения человека в области наук о жизни и здравоохранении в той мере, в которой это поведение рассматривается в свете моральных ценностей и принципов». Основным моральным принципом биоэтики становится принцип уважения прав и достоинства личности. Под влиянием этого принципа меняется решение основного вопроса медицинской этики – вопроса об отношении врача и пациента. Сегодня остро стоит вопрос об участии больного в принятии врачебного решения. Это далеко не «вторичное» участие оформляется в новых типах взаимоотношений врача и больного: информационном, совещательном, интерпретационном, которые являются по своей форме защитой прав и достоинства человека. В современной медицине обсуждают не только помощь больному, но и возможности управления процессами патологии, зачатия и умирания с весьма проблематичными физическими и метафизическими (нравственными) последствиями этого для человеческой популяции в целом. Медицина, работающая сегодня на молекулярном уровне, становится более прогностической. Жан Доссе (французский иммунолог и генетик) считает, что прогностическая медицина «поможет сделать жизнь человека долгой, счастливой и лишенной болезней». Только одно «но» стоит на пути этой светлой перспективы – «лицо или группа лиц, движимых жадой власти и нередко зараженных тоталитарной идеологией». Прогностическую медицину еще можно определить как бессубъектную, безличностную, то есть способную к диагностированию без субъективных показателей. И это действительно реальный и беспрецедентный рычаг контроля и власти, как над отдельным человеческим организмом, так и над человеческой популяцией в целом.

Биоэтика – форма регулирования человеческих отношений, подчиняющаяся сверхзадаче сохранения жизни человеческого рода. Регулирование отношений со сверхзадачей сохранения жизни непосредственно связано с самой сутью и назначением морали вообще. Сегодня этическое становится формой защиты природно-биологического от чрезмерных притязаний культуры к своим естественно-природным основаниям. Биоэтика, как конкретная форма этического, возникает из потребности природы защитить себя от мощи культуры в лице ее крайних претензий на преобразование и изменение природно-биологического.

Начиная с 60-70-х гг. XX в., как альтернатива патернализму, все большее распространение приобретает автономная модель, когда пациент оставляет за

собой право принимать решения, связанные с его здоровьем и медицинским лечением. В этом случае врач и пациент совместно разрабатывают стратегию и методы лечения. Врач применяет свой медицинский опыт и дает разъяснения относительно прогнозов лечения, включая альтернативу нелечения; пациент, зная свои цели и ценности, определяет вариант, который больше всего соответствует его интересам и планам на будущее. Таким образом, вместо патерналистской модели защиты и сохранения жизни пациента в настоящее время на первый план выходит принцип благополучия пациента, который реализуется доктриной информированного согласия, когда самоопределение пациента зависит от степени его информированности. Врач обязан снабдить больного не только всей интересующей его информацией, но и той, о которой, в силу своей некомпетентности, пациент может не подозревать. При этом решения пациента носят добровольный характер и соответствуют его собственным ценностям. Из этого и вытекает нравственный стержень взаимоотношений «врач-пациент» в биоэтике – принцип уважения личности. Большое значение приобретает также вопрос об определении начала и конца жизни. Конфликт прав, принципов, ценностей, а по сути, человеческих жизней и судеб культуры – реальность современного общества так же, как и конфликт права плода на жизнь и права женщины на аборт, или правовое сознание пациента, восходящее до осознания права на достойную смерть, вступающее в противоречие с правом врача исполнить не только профессиональное правило «не навреди», но и заповедь – «не убий». В отношении аборта, как уничтожения того, что может стать личностью, существует три нравственных позиции: консервативная – аборт всегда аморален и может быть разрешен лишь при угрозе жизни женщины; либеральная, умеренная – абсолютное право женщины на аборт, безотносительно к возрасту плода; умеренная – оправдание аборта до наступления определенного развития эмбриона (до стадии развивающегося плода – 12 недель, когда ткань мозга становится электрически активной).

Активность мозга служит также и критерием смерти. Современная интенсивная терапия способна поддерживать жизнь пациентов, не способных ни к самостоятельному дыханию, ни к мыслительным процессам. Поэтому возникают новые нравственные проблемы, связанные с пациентами, находящимися на грани жизни и смерти. Вопрос об эвтаназии обычно возникает, когда пациент необратимо утратил сознание, умирая, испытывает интенсивные непереносимые страдания, вынуждающие медиков поддерживать пациента в полубессознательном состоянии, или, когда новорожденный имеет анатомические и физиологические дефекты, несовместимые с жизнью. Существует большой диапазон мнений: от полной легализации права врача прерывать жизнь больного с его согласия (активная эвтаназия) до полного неприятия эвтаназии как

акта, противоречащего человеческой морали. Существует вариант так называемой пассивной эвтаназии, когда используется принцип нелечения, исключаящий сам акт умерщвления (отключение искусственных систем, обеспечивающих жизнедеятельность, прекращение введения лекарственных препаратов и т.д.).

Этические проблемы аборта и эвтаназии связаны с моральными аспектами репродукции и трансплантации. Современная технология репродукции жизни определяет качественно новые формы взаимоотношений между супругами, родителями и детьми, биологическими и социальными родителями. Трансплантология открывает новые проблемы определения грани жизни и смерти из-за моральной альтернативы спасения жизни реципиенту и ответственностью за возможное убийство обреченного на смерть донора.

В 90-х гг. XX в. биоэтика стала понятием, включающим всю совокупность социально-этических проблем современной медицины, среди которых одной из ведущих оказывается проблема социальной защиты права человека не только на самоопределение, но и на жизнь. Биоэтика играет важную роль в формировании у общества уважения к правам человека.

Б.Г. Юдин полагает, что биоэтику следует понимать не только как область знаний, но и как формирующийся социальный институт современного общества. Конкретной формой разрешения возможных противоречий в области биомедицины являются биоэтические общественные организации (этические комитеты), объединяющие медиков, юристов, специалистов по биоэтике, священников и др., обеспечивающие разработку рекомендаций по конкретным проблемным ситуациям медико-биологической деятельности, будь то ее теоретическая или практическая сторона.

Исторический и логический анализ развития этики врачевания приводит к следующему выводу. Современной формой медицинской этики является биомедицинская этика, работающая ныне в режиме всех четырех исторических моделей – модели Гиппократ и Парацельса, деонтологической модели и биоэтики. Связь научно-практической деятельности и нравственности – одно из условий существования и выживания современной цивилизации.

Современная клиническая психология во всех своих разделах опирается на общемедицинские этические принципы. Вместе с тем, клинический психолог в своей деятельности сталкивается со специфическими этическими вопросами.

Во-первых, это вопрос о необходимости информирования пациента о целях и содержании психологического обследования перед его проведением. Клинический психолог обязан соблюдать конфиденциальность при обсуждении результатов исследования, получить согласие пациента при целесообраз-

ности ознакомления с его результатами других специалистов, помимо лечащего врача, проявлять корректность при проведении исследования либо в случае отказа от последнего.

Во-вторых, должно соблюдаться правило границ (граница как предел приемлемого поведения). Учитывая специфику межличностного взаимодействия между клиническим психологом и пациентом, необходимо четко определять профессиональные границы общения при психологическом консультировании и во время психотерапевтических встреч, так как «пересечение» границы может привести к деструкции лечебного процесса и нанести вред пациенту. Диапазон нарушения границ профессионального взаимодействия весьма широк: от сексуального контакта с больным до советов, рекомендаций и вопросов, выходящих за рамки терапевтического контакта. Например, во время приема у пациента ухудшилось состояние, ему была оказана необходимая медицинская помощь. Переживая по поводу случившегося, психолог звонит вечером ему домой, чтобы узнать о здоровье. Больной счел это нарушением границ и посягательством на его автономию (автономия определяется как личная свобода или как принцип свободного волеизъявления). Однако при определенных обстоятельствах нарушение границ может носить конструктивный характер, поэтому здесь важен учет контекста взаимодействия. Так, пациентка, войдя в кабинет клинического психолога и сообщив о гибели своего сына, наклоняется к груди психолога и последний отвечает на этот порыв, выражая тем самым сочувствие ее горю. Неспособность в таких ситуациях проявить эмпатическое сопереживающее отношение скорее оттолкнет пациента и прервет межличностное взаимодействие.

Нарушение границ возникает и тогда, когда пациента пытаются использовать в личных целях несексуального характера.

В-третьих, сложным этическим вопросом может быть формирование эмоциональной привязанности пациента к клиническому психологу, являющейся одной из характеристик профессионального межличностного взаимодействия. Эта форма привязанности часто является основой сдерживания аффективных нарушений, сопровождающих заболевание. Однако привязанность, превращаясь в зависимость, вызывает негативные реакции у пациента, ведущие к деструктивным формам поведения. Поэтому клинический психолог должен тщательно контролировать взаимодействие с пациентом, осознавая свои профессиональные действия, чтобы эмоциональная поддержка не препятствовала обеспечению пациента средствами для самостоятельной борьбы с трудностями и реализации своих жизненных целей.

Необходимо подчеркнуть, что интерес к биоэтике в последние десятилетия настоятельно требует дальнейшего развития этических основ современной клинической психологии.

1.3. Инвазивные методы в практике клинического инженера

В последнее время в медицинской практике получили широкое распространение так называемые инвазивные методы диагностики и лечения.

Под инвазией (от лат. *invasio* – вторжение, нападение) принято понимать проникновение паразитов животного происхождения (простейших, гельминтов, членистоногих) в организм человека с последующим развитием разнообразных форм их взаимодействия. Однако далее речь пойдет не о паразитарной инвазии и ее последствиях, а о диагностических и лечебных методах, применение которых требует проникновения в организм человека с помощью медицинских инструментов и других технических средств. К этим методам относятся все виды эндоскопических манипуляций (гастродуоденоскопия, ректороманоскопия, бронхоскопия, цистоскопия, лапароскопия и др.), инъекций (внутрикожных, подкожных, внутримышечных, внутривенных, внутриартериальных и др.), а также контрастные методы исследования (ангиография, ангиокардиография, пиелография и др.). Этот перечень далеко не исчерпывающий и будет пополняться по мере внедрения в практику новых технических средств врачевания.

Инвазивные методы дают большую диагностическую информацию о состоянии полостных и других органов, позволяют глазом фиксировать начальные стадии заболеваний, в том числе онкологических, брать биопсийный материал для микроскопического исследования, фотографировать обнаруженные образования и т.д. Они имеют и большую лечебную ценность, ибо позволяют по определенным показаниям удалять мелкие образования (полипы), прижигать их, подводить лекарства к пораженному участку полостного органа и др. А парентеральное введение лекарств, как и контрастные методы исследований, давно оправдали себя и имеют самое широкое применение.

Инвазивные методы все шире внедряются в медицинскую практику. Их эффективность и безопасность зависят от профессионализма и соблюдения клиническим инженером деонтологических норм. Необходимость фиксации внимания клинического инженера на инвазивных методах диагностики и лечения диктуется тем, что каждый из них несет в себе долю риска: можно повредить слизистую оболочку исследуемого органа, совершить его перфорацию, а также причинить пациенту боль или нанести психическую травму. И, тем не менее, важность получаемой диагностической информации и лечебная ценность инвазивных методов оправдывают их широкое использование, естественно, при наличии определенных условий для работы и высокого профессионализма врача и его помощников – медицинских сестер, лаборантов, техников. Это как раз тот случай в медицине, когда цель оправдывает средства.

Выполняя любую инвазивную процедуру, следует помнить заповедь Гиппократа «не навреди» и сделать все, чтобы ее выполнить.

В условиях технического прогресса в медицине и все большего оснащения больниц и поликлиник новыми изделиями медицинской техники роль инвазивных методов диагностики и лечения будет возрастать. Это обязывает клинических инженеров скрупулезно изучать имеющиеся и вновь поступающие технические средства, осваивать методики их применения, а также совершенствовать деонтологические принципы работы с больными на разных этапах лечебно-диагностического процесса.

Медицинская деонтология – наука о нравственном долге медицинского работника перед больным и здоровым человеком. Точкой приложения ее требований являются психическая сфера больного, его внутренний душевный мир. А хорошо известно, что психика больного, чем бы он ни болел, не остается безучастной. Изменяются ощущения, обостряется восприятие своих болезненных симптомов, возникает тревога за возможные последствия, страдают настроение, сон и др. Деонтологическая задача клинического инженера – установить психологический контакт с больным, успокоить его, выровнять настроение, вселить уверенность в благоприятный исход не только диагностической процедуры, но и заболевания в целом.

Работу клинического инженера можно рассматривать как помощь врачу при проведении сложных диагностических инвазивных манипуляций (эндоскопии, контрастных исследований и др.).

После назначения врачом той или другой инвазивной манипуляции в задачу врача входит профессионально грамотная психологическая подготовка к ней больного. В первую очередь нужно помочь больному принять правильное решение, убедить его, что назначенная врачом манипуляция поможет поставить окончательный диагноз заболевания и определить лечебную тактику. Следует убедить пациента в полной безвредности манипуляции для его здоровья, ее необходимости, в том, что он должен точно выполнять все распоряжения и просьбы врача. Больному нужно объяснить, как вести себя во время манипуляции, чтобы она прошла быстрее и легче, желательно предупредить его о возможных (хотя и необязательных) неприятных ощущениях и подсказать, как вести себя при этом.

Хорошо проведенная психологическая подготовка к инвазивной манипуляции обеспечивает сознательное, активное участие в ней больного, облегчает работу врача и предотвращает возможную стрессовую ситуацию, явно нежелательную как для врача, так и для больного. Важно хотя бы пару минут уделить больному, добрыми словами напутствовать его, ободрить, напомнить о необходимости спокойного поведения во время манипуляции. Больной должен знать, что успех исследования, его безболезненность и безопасность в

значительной степени зависят от него самого, от его поведения, дисциплинированности, четкости выполнения требований врача.

Соучастие клинического инженера в выполнении любой инвазивной манипуляции обязательно. Деонтологически важными являются четкость и слаженность работы бригады специалистов, их высокий профессионализм, умение понимать друг друга с полуслова. Во время манипуляции больной внимательно прислушивается к разговору врача и клинического инженера, фиксирует свое внимание на произносимых словах, особенно на непонятных ему. Он следит за мимикой, жестами, настроением и другими формами поведения персонала. Это требует от всех участников процедуры согласованности действий, высокой организованности и дисциплинированности, предельного самоконтроля, особого такта в профессиональном общении.

Естественно, что четкость и слаженность в работе персонала приобретаются в процессе работы. Они должны отражать профессиональную культуру и обеспечивать максимальную диагностическую и лечебную эффективность манипуляции. Клинический инженер во время манипуляции имеет возможность не только наблюдать за поведением больного, но и предвидеть его поступки и вовремя корректировать его поведение, держать под контролем всю психологическую ситуацию. Для больного клинический инженер является заботливым человеком, готовым не только сопереживать его страданиям, но и оказать конкретную психологическую помощь.

По завершении диагностической или лечебной манипуляции, независимо от ее результатов, следует похвалить больного за адекватное поведение, которое в значительной мере облегчило врачу работу, позволило получить нужную информацию. У подавляющего большинства больных, независимо от их самочувствия, возникают вопросы о конкретных результатах исследования. Вот тут и врачу, и клиническому инженеру следует проявить профессиональную мудрость. Естественно, что право формулирования ответа принадлежит только врачу. Деонтологическая задача клинического инженера сводится к тому, чтобы в беседах с больным поддерживать версию, высказанную врачом. Недопустима свободная интерпретация клиническим инженером результатов исследования с целью ложного самоутверждения. Она может оказаться неверной и стать причиной тяжелой ятрогении. Независимо от характера полученной диагностической информации больного следует успокоить, обнадежить в благоприятном исходе основного заболевания, нацелить на совместную борьбу с болезнью.

Следует подчеркнуть, что инвазивные методы диагностики и лечения, особенно выполняемые с использованием предметов медицинской техники, относятся не только к весьма сложным, но и к ответственным манипуляциям. Поэтому клинический инженер, помогая врачу, должен проявлять высокий

профессионализм и деонтологическую грамотность. Всегда надо помнить, что перед тобой живой человек со всей гаммой болезненных ощущений, переживаний, страхов и беспокойств о своем здоровье, и направлять свою психопрофилактическую и психотерапевтическую деятельность на смягчение его страданий, мобилизацию физических и психических усилий в борьбе с болезнью.

При выполнении инвазивных манипуляций, а их на рабочий день приходится очень много, клинический инженер несет всю полноту ответственности за их качество, своевременность и за реакцию больного. Как и при более сложных манипуляциях, больной и в этих случаях испытывает если не чувство страха, то внутреннюю тревогу в ожидании болезненности, специфических ощущений от проводимой манипуляции. А длительные и многократно повторяющиеся инвазивные манипуляции (инъекции, взятие крови и т. д.) в известной мере невротизируют пациента, обостряют чувствительность к ним, формируют негативное отношение. Требования деонтологии не допускают механического, а тем более грубого выполнения инвазивных манипуляций. Клинический инженер должен сочувственно относиться к психологическим слабостям больного, быть с ним в партнерском профессиональном контакте, уметь успокоить его, снять чувство страха, вселить уверенность в необходимости и безопасности назначенной процедуры.

Профессиональное мастерство клинического инженера, который найдет добрые слова, сумеет успокоить больного, отвлечь его внимание, положительно сказываются на его деловом авторитете. А это важный деонтологический фактор.

Таким образом, инвазивные методы диагностики и лечения, обладая высокой информативностью и лечебной эффективностью, занимают важное место в практическом врачевании, причем диапазон их применения будет постоянно расширяться. Клинический инженер является обязательным участником этих манипуляций. Наряду с высоким профессионализмом, он должен обладать глубокими деонтологическими знаниями.

Поддерживая психологический контакт с больным на всех этапах лечебно-диагностического процесса, клинический инженер помогает снять чувство беспокойства и страха перед манипуляцией, обеспечит спокойное поведение больного в процедурной, облегчит неприятные ощущения после манипуляции. В этом и заключается его нравственный долг перед больным.

2. ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ

Деонтология (от гр. *deontos* – должное и *logos* – учение) – раздел этики, в котором рассматриваются проблемы долга и моральных требований. Данный термин введен английским философом Иеремией Бентамом, который употреблял его для обозначения учения о нравственности в целом, науки о поведении человека любой профессии.

Этика (гр. *ethos*, лат. *ethica*) – одна из форм общественного сознания, определяющая нормы поведения людей в обществе.

Этика медицинская (по Г.А. Царегородцеву) – одна из разновидностей профессиональной этики. Это совокупность принципов и норм поведения медиков, обусловленных спецификой их деятельности, а также ролью и положением, которые врачи занимают в обществе.

В современном здравоохранении *деонтология* – это профессиональная этика медицинских работников, принципы поведения медицинского персонала, направленные на максимальное повышение полезности лечения. Она включает в себя вопросы соблюдения врачебной тайны, проблему меры ответственности медицинского работника за жизнь и здоровье больного, вопросы взаимоотношения медицинских работников между собой и в системе «врач-пациент». Или *медицинская деонтология* (по Н.Н. Петрову и Г.А. Царегородцеву) – учение о должном поведении медицинского персонала, направленное на максимальное повышение общественной полезности и максимальное устранение вредных последствий неполноценной медицинской работы.

Основными аспектами медицинской деонтологии являются врач и пациент, врач и общество, взаимоотношения между врачами, медицинским персоналом, врачебная тайна, врачебные ошибки, этическая оценка эксперимента. К деонтологии имеют отношение такие проблемы, как ятрогенные заболевания, право медика экспериментировать на себе и на людях, проведение медицинского вмешательства без согласия больного, трансплантация органов и тканей, генная инженерия, нетрадиционная медицина, искусственное оплодотворение, эвтаназия.

Системы телемедицины активно используются во всех отраслях практической медицины – в терапии, хирургии, травматологии и ортопедии, акушерстве и гинекологии, психиатрии и др. Вместе с тем практически безграничные возможности оптимизации медицинской помощи, предоставляемые телемедициной, осложняются такими обстоятельствами, как привлечение для обслуживания телемедицинских систем многочисленного технического персонала, который в процессе выполнения профессиональных обязанностей получает доступ к разнообразной медицинской информации, к сведениям о па-

циенте. Такая информация становится доступной и для пользователей коммуникационных сетей. Кроме того, врачи должны адаптироваться к новым условиям и к новым телемедицинским возможностям оказания медицинской помощи, общения с коллегами и обучения. Своевременное обоснование принципов этики и деонтологии будет способствовать формированию адекватного отношения врачей и пациентов к телемедицине, как к эффективному методу оказания медицинской помощи, доверия к телемедицинским консультациям, а также поможет избежать юридических и этических ошибок.

Необходимо отметить, что внедрение телемедицинских систем одновременно решает несколько проблем, установленных в документах Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Во-первых, межколлегальное общение становится действительно свободным, стираются те самые «философские, религиозные, расовые, политические, географические, физические и иные барьеры, способные препятствовать профессиональной врачебной активности, направленной на приобретение новой информации, знаний и навыков» («Заявление о свободе контактов между врачами», 36-я Всемирная медицинская ассамблея, 1984 г.). Во-вторых, с помощью телемедицинских и иных информационных технологий максимально расширяется доступность медицинской помощи при соблюдении следующих условий:

- необходимая помощь доступна каждому пациенту (т.е. нет физических и временных ограничений);
- существует свобода выбора врача, системы предоставления медицинской помощи и системы ее оплаты;
- население образовано и достаточно информировано в медицинском плане;
- все стороны адекватно участвуют в организации и управлении системой здравоохранения («Заявление о доступности медицинской помощи», 40-я Всемирная медицинская ассамблея, 1988 г.);
- поддерживаются и осуществляются права пациента на свободный выбор врача (в том числе врача, независимого от посторонних влияний в своих профессиональных медицинских и этических решениях), свободное полное получение адекватной информации, гарантируется конфиденциальность личных данных (Лиссабонская декларация о правах пациента, 34-я Всемирная медицинская ассамблея, 1981 г.).

Ранее сформулированы четыре основных принципа биоэтики: автономия, безвредность, благодеяние, справедливость. Использование данных принципов регулируется следующими правилами: правдивость, приватность, конфиденциальность, достоверность, информированное согласие. Многие авторы и специалисты признают возможность перенесения подобных общемедицин-

ских деонтологических положений на телемедицину и медицинскую информатику.

Обеспечение этико-деонтологических аспектов телемедицины должно основываться прежде всего на морально-этической ответственности абонента и консультанта перед пациентом и его родственниками.

Некоторые аспекты медицинской этики и деонтологии в телемедицине, обоснованные и обобщенные, представлены в *телемедицинской деонтологии*. Это профессиональная этика и комплекс моральных требований для лиц, практикующих телемедицину, принципы поведения медицинского, технического и вспомогательного персонала. Основная сфера приложения телемедицинской деонтологии – взаимоотношения внутри системы «врач-пациент-техник-информационная система – врач».

Большинство специалистов выделяют следующие деонтологические проблемы телемедицины и медицинской информатики:

- лицензирование;
- аккредитация специалистов;
- стандартизация телемедицинских процедур;
- анонимность электронных медицинских записей;
- предупреждение служебных злоупотреблений;
- оплата телемедицинских услуг;
- отношения «врач-пациент»;
- защита прав пациента;
- безопасность;
- кодирование и цифровая подпись;
- конфликт интересов;
- документирование;
- соблюдение юридических норм, взаимодействие различных юридических систем;
- информированное согласие;
- использование телемедицинских технологий в urgentных ситуациях.

Основные деонтологические принципы медицинского Интернета:

- соответствие высочайшим профессиональным и этическим стандартам;
- предоставление достоверной и современной информации;
- приватность и конфиденциальность всей персональной информации (в том числе обоснованность сбора и накопления любой информации о пользователе/пациенте, недопустимость распространения личной информации или передачи ее третьим лицам; если информация собирается, то поставщик медицинских услуг обязан использовать ее только так, как предполагает клиент/пациент, и только с его согласия; если накопленная информация исполь-

зуется третьими лицами (средства массовой информации (СМИ), научные исследования, обучение и т.д.), то она должна быть строго анонимна);

- четкое указание владельцев, редакторов и спонсоров электронного ресурса («финансовые хозяева» ресурса, сайта);

- соблюдение авторских прав на материалы веб-сайта, ресурса;

- высокий профессионализм и квалификация владельцев и редакторов сайта;

- изложение информации для клиентов/пациентов в четкой, понятной форме, удобной для чтения;

- предусмотрение возможности подачи жалоб и комментариев от клиентов/пациентов.

На 27-й и 35-й Всемирной медицинской ассамблее было принято «Положение об использовании компьютеров в медицине», содержащее следующие рекомендации:

- принимать все возможные меры для обеспечения тайны, защищенности и конфиденциальности информации, касающейся пациентов;

- нарушением конфиденциальности не являются предоставление и передача конфиденциальной медицинской информации в целях проведения научных исследований, управленческой и финансовой проверок, оценки программ или в других подобных целях при условии, что переданная информация не раскрывает, прямо или косвенно, личности пациента в отчетах о таких исследованиях, проверках или оценках, а также не нарушает конфиденциальности в отношении пациента;

- препятствовать любым попыткам принятия такого законопроекта по электронной обработке данных, который может угрожать или подрывать права пациента на защищенность и конфиденциальность;

- перед вводом информации в компьютер должна быть обеспечена надежная защита против несанкционированного использования или передачи номеров социального страхования или другой частной информации;

- медицинские банки данных ни в коем случае не должны быть связаны с другими центральными банками данных.

В 1992 году на 44-й Всемирной медицинской ассамблее (Марбелла, Испания) было принято «Положение о медицинском обследовании, телемедицине и медицинской этике». ВОЗ рекомендует использовать следующие принципы в качестве ключевых элементов при создании эффективной телемедицинской сети или системы:

- перед вводом телемедицинской системы врач должен установить, что пациент или его семья компетентны и хорошо информированы; системы, доверяющие пациенту или его семье сбор и передачу данных, не будут эффективны, если пациенты не понимают значения исследований и важности про-

ведения их; существенным является психологическая и физическая готовность пациента;

- необходимо установить тесное сотрудничество и доверие между пациентом и врачом, ответственным за оказание ему медицинской помощи; организации, предоставляющие телемедицинские услуги, должны уважать право пациента на выбор своего личного врача;

- для достижения гуманной, индивидуальной и качественной помощи важным является тесное сотрудничество между личным врачом пациента и персоналом телемедицинского центра;

- должна быть обеспечена конфиденциальность данных пациентов; должны существовать строгий контроль за доступом к данным, техническая защита и суровые правовые санкции за разглашение информации;

- для адекватной помощи существенным является контроль качества используемого оборудования и переданной информации; для безопасности пациента необходима строгая мониторинговая система калибровки и эксплуатации оборудования.

П. Кареу и Л. Стаплетон предложили 12 принципов приватности для разработчиков телемедицинских систем:

- 1) ограниченное накопление. Сбор и накопление только критичных, важных данных. Неэтичным является сбор излишней, не анализируемой информации;

- 2) информирование и обучение пациента. Разработка легко доступных и понятных для пациентов средств информирования, обучения и разъяснения о телемедицине. Необходимо для информированного согласия;

- 3) средства управления согласием. Возможность для пациента в любое время изменить (отозвать) свое согласие на проведение телемедицинской процедуры;

- 4) внедрение новых технологий (сенсоров) для повышения реализма телемедицины;

- 5) спецификация цели. Четкое определение для накопления данных – какие, для чего и когда;

- 6) ограничение использования. Неиспользование данных после телемедицинской процедуры по истечении условий и срока согласия пациента. По возможности, уничтожение использованных данных;

- 7) принцип безопасности. Недопущение неавторизованного доступа к данным;

- 8) анонимность;

- 9) возможность для пациента обратиться к собственным данным;

10) принцип контроля. Пациент должен принимать активное участие в обеспечении безопасности собственной информации;

11) принцип индивидуальности. Индивидуальный подход к пациенту, так как каждый человек имеет собственные представления о приватности, безопасности, этике и т.д. в зависимости от культурных, религиозных, социальных и других традиций;

12) профессиональная ответственность всех сотрудников (врачей, медсестер, инженеров, техников и т. д.), вовлеченных в проведение телемедицинских процедур.

Для профессионального использования информационных технологий в медицине создаются специальные организации. В США существует «Коалиция здравоохранения в Интернете» («Internet Healthcare Coalition»), в Швейцарии – «Фонд здоровья в сети» («Health On the Net Foundation (www.hon.ch)). 24 мая 2000 г. Коалиция опубликовала Кодекс этики электронного здравоохранения («Health Code of Ethics»), главной задачей которого является обеспечение людям всего мира возможности с доверием и знанием риска реализовать потенциал Интернета в помощь своему здоровью и здоровью своих пациентов.

Если говорить более подробно, то Кодекс охватывает следующие аспекты:

- авторские рекомендации;
- дату последней модификации в отношении клинических материалов;
- конфиденциальность информации;
- ссылки на первоисточник данных;
- финансовую и рекламную политику.

Кодекс также содержит 8 принципов:

1) любой медицинский сайт должен быть подготовлен лицами, имеющими специальную подготовку и квалификацию, за исключением тех случаев, когда имеется специальная ссылка о том, что данная информация предоставлена гражданином или организацией, не являющимися специалистами в этой области;

2) информация, предоставляемая на сайте, должна быть предназначена для поддержки, а не замены существующих отношений между пациентом и лечащим врачом;

3) конфиденциальность информации в отношении отдельных пациентов и посетителей сайта, включая их личность, должна строго охраняться владельцами сайта;

4) при необходимости информация, содержащаяся на сайте, должна сопровождаться четкими ссылками на первоисточник и по возможности иметь гиперссылку на этот первоисточник. Дата обновления или изменения меди-

цинской информации должна быть четко обозначена (например, в нижней части страницы);

5) любые утверждения, касающиеся преимуществ, эффективности методов лечения, коммерческих продуктов и услуг, должны сопровождаться соответствующими подтверждениями (в соответствии с п. 4 Кодекса);

6) дизайнеры сайтов должны предоставлять информацию наиболее ясно и обеспечивать поддержку пользователей, желающих получить в будущем дополнительную информацию. Дизайнеры обязаны указать адреса своей электронной почты на страницах сайта;

7) финансовая политика данного сайта должна быть четко оговорена, включать координаты организаций, осуществляющих финансовую поддержку, предоставляющих услуги и материалы для данного сайта;

8) если основным источником сайта является реклама, то это должно быть четко оговорено в представленном владельцем сайта кратком описании применяемой рекламной политики. Рекламные и иные подобные материалы должны быть представлены посетителям в манере и контексте, дающими возможность их отличия от оригинальных разработок владельца сайта.

Своеобразный опыт в сфере телемедицинской деонтологии накоплен и в некоторых других странах. Например, в Норвегии не было серьезных этических и деонтологических дискуссий о телемедицине. Одной из возможных причин этого является отношение к телемедицине не как к особой специальности, а как к инструменту наряду с другими в медицинской деятельности. Одна из немногочисленных дискуссий касалась ответственности участвующего персонала при использовании телемедицины. В фокусе дискуссии – профессиональная ответственность специалиста, ответственность персонала, находящегося вместе с пациентом и помогающего специалисту в обследовании, например, врача общей практики, в руках которого находится отоларингоскоп при ЛОР- обследовании и который передает устную информацию о пациенте. Формальное заключение: при использовании телемедицины ответственность несет тот же самый работник, что и при ее отсутствии. Юридически это закреплено в предписании «Телемедицина и ответственность». Медицинский персонал отвечает за оказываемое лечение, каждый несет ответственность за безопасность решений и достаточность информации. Каким образом эта информация получена, не играет решающей роли. Ответственность, в связи с услугами через Интернет, регулируется по принципам, указанным в предписании, в случаях, когда услуги можно рассматривать в качестве медицинских. Независимо от названия услуги, исполняющий медицинский персонал в силу своего статуса обязан действовать в соответствии с требованиями безопасности, закрепленными в медицинском законодательстве.

3. ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАУЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНЫ

Сегодня организационную структуру медицинской науки составляют различные научно-исследовательские организации и коллективы ученых с их определенной атмосферой научного и нравственного климата.

Нравственные отношения внутри таких коллективов, если учесть, что наука в наше время не прерогатива одиночки, представляют достаточно сложную проблему, и не в последнюю очередь с деонтологических позиций.

Моральный фактор стал одним из ведущих в решении проблемы эффективности научного труда, ускорения научного прогресса. Особое значение приобрели личные профессиональные и нравственные качества научного руководителя. Это определяется тем, что каждый научный коллектив, как правило, имеет общую научную цель (научная стратегия коллектива) и различные пути решений этой общей проблемы каждым научным сотрудником (научная тактика специалиста). Возникает проблема общего и индивидуального в творчестве коллектива. Здесь переплетаются весьма сложные отношения: субординация, личные симпатии и антипатии, разделение научного труда и необходимость его кооперации, а также отношения между старшими и младшими коллегами.

Это далеко не простой вопрос, как иногда кажется. И возникает он не только, например, при защите диссертации или опубликовании открытия или изобретения. История науки показывает: от того, насколько и как ладят между собой научные поколения, во многом зависит и окончательный продукт научного творчества. Нельзя противопоставлять технику и технический прогресс врачебному мышлению, его опыту и психологическому подходу к больному, его качествам, особенностям личности.

Каждый врач в своей повседневной деятельности должен исходить из личной и коллективной ответственности перед пациентами и, в конечном счёте, перед обществом. Личная ответственность врача опирается на его собственный опыт, человеческие качества, глубокое знание больного и его заболевания, индивидуальный подход к каждому. Коллективную ответственность можно трактовать как проведение в жизнь идей, концепций и традиций лечебного (или научного) учреждения, накопленных и обобщённых учителями и старшими коллегами, в свете основных принципов здравоохранения. Личная ответственность должна исходить из постоянного стремления врача к углублению теоретических знаний и совершенствованию практических навыков, непрерывному повышению профессиональной классификации на основе

критического анализа своих наблюдений, изучения ошибок, учебы у старших коллег и чтения литературы, воспитания этикодеонтологических норм.

Объективная, научно обоснованная, вдумчивая оценка фактов и событий, понимание врачом необходимости прежде всего выяснить их первопричину и мотивы, а затем уже сформировать свое суждение и мнение – таков логический путь, помогающий принять правильное и справедливое решение.

Если в самом общем виде говорить о требованиях, которые должны предъявляться к врачу, стремящемуся посвятить себя научной деятельности, то они представляются следующими: надлежащая общая и специальная подготовка в той области медицинской науки, в которой он намерен работать. В науке также нельзя не спорить. Младший научный сотрудник может даже не состояться как ученый, если полностью потеряет критическое чутье и станет в любом случае поддакивать всем и вся. Нельзя, однако, отождествлять научный спор и конфликт личностей. Нельзя также допустить, чтобы отстаивание той или иной научной точки зрения, позиции выходило за рамки морально-этических, нравственных, да и правовых норм.

История науки со всей очевидностью свидетельствует, что часто отношения внутри научной школы складываются так, что попросту не остается места для серьезных разногласий.

Сохранить честные, корректные, дружеские отношения всегда бывает непросто, ведь взаимное понимание разрушают обстоятельства самые подчас разные. Конечно, здесь многое зависит от деонтологической компетентности руководителя, но и в немалой степени от самих членов коллектива, от научного микроклимата института, клиники, больницы.

Проблема научного творчества в медицине, особенно его этикодеонтологические аспекты, пока еще освещены в литературе относительно мало и не имеют достаточно строгой регламентации, что связано с реальными сложностями. В условиях научно-технического прогресса научная деятельность приобрела массовый и коллективный характер, существенно изменилась как сама ее суть, так этика и деонтология научного творчества.

Современная наука все более воздействует на стороны общественных отношений, превращаясь в мощную социальную силу. В ее орбиту включены культурные отношения и сам человек с его природно-биологическими и социально-культурными характеристиками. Наука не только взаимодействует со всеми сферами человеческого бытия. Она и сама существенно зависит от социального и человеческого факторов.

Медицинскую науку «делают» ученые. Кто эти люди? Что ими движет? Каковы их характерные черты? Соответствует ли представление об облике ученого его объективной деятельности?

В художественной литературе ученый иногда изображается гротескно – человек не от мира сего, занятый только своими исследованиями, не замечающий людей и окружающего мира, в котором он живет и работает. Стоит ли говорить, насколько поверхностны подобные представления.

Одним из важнейших принципов ученого прежде всего должна быть **объективность**. В этом принципе фокусируется общая этическая ориентация познания.

Характерные для медицинской науки дифференциация знаний, накопление большого экспериментального и теоретического материала, совершенствование методов исследований резко повысили значение этической нормы **доказательности**. Наука должна основываться только на доказательствах, ясных и логически строгих аргументах, на проверке фактов и их анализе.

Надо помнить, что объективность научной позиции, отстраня субъективное, обеспечивает общечеловеческую значимость выводов науки.

Недостаточно последовательное соблюдение требования научной деятельности или прямые отступления от него абсолютно недопустимы, тем более, если эти отступления допускают крупные ученые.

Заметим, что готовность к критическому пересмотру добытого знания, той или иной теории, готовность воспринимать самые неожиданные явления, которые могут открыться в происходящем, является ценной чертой настоящей науки и придает ей качество революционности.

Требование критичности принадлежит науке как внутреннее условие ее развития. Этическая норма доказательности побуждает ученого быть требовательным к себе, самокритичным.

Из этого требования доказательности вытекает другое – **уважение к оппоненту** (или оппонентам). Если мнение оппонента доказано, ученый обязан прислушаться к высказанному мнению во всех случаях без исключения (даже если он не уважает оппонента как личность). Если же точка зрения оппонента представляется ошибочной, то эту ошибочность тоже надо доказать со строго научных позиций, не прибегая к чуждым природе науки средствам, например, к ссылке на научные авторитеты.

Ученый, особенно начинающий, должен много и вдумчиво читать, глубоко изучать труды классиков медицины и фундаментальные работы наших современников. Лишь так можно постигнуть всю глубину их содержания, обогатиться плодотворными, открывающими широкие перспективы мыслями и идеями и не открывать давно известные истины.

Особенность работы медика в том, что он постоянно сталкивается с необходимостью решать (и порой в считанные минуты) сложнейшие проблемы, за которыми стоят прежде всего жизнь и здоровье пациента. Это не только диагностика, но и определение степени риска операции, целесообразности тех

или иных дополнительных диагностических и лечебных манипуляций, получение согласия больного и его родственников на срочное хирургическое вмешательство и т.д.

Принятие таких решений требует от врача большого напряжения моральных сил, мобилизации опыта и знаний, глубокого понимания степени ответственности перед больным, коллективом учреждения, где он работает, наконец, перед обществом. Сложность положения усугубляется и тем, что он не может гарантировать абсолютного успеха, и в то же время должен найти возможности снижения степени операционного риска, а в случае, когда такой риск превышает риск самой болезни, иметь мужество сказать об этом.

Разумеется, чем выше возможности медицины, тем больше требований предъявляется и к самим медикам.

В век технического прогресса медицина обогащается новыми методами исследования, но мы должны помнить, что техника не должна быть барьером между врачом и больным.

Ряд больших и трудных операций в настоящее время требует соблюдения особых условий, можно сказать, специфических для данного вмешательства, например при операциях на открытом сердце с применением искусственного кровообращения.

Медицина, как и всякая другая наука, тесно связана с другими областями знаний, в частности, все более широко применяются математические методы. И речь идет не только о статистике: уровень развития современной математики позволяет строить математические модели заболеваний с тем, чтобы иметь представление о дальнейшем протекании болезни и возможных последствиях при выборе того или иного метода лечения. Конечно, об абсолютной точности таких моделей говорить нельзя, т.к. всякая модель верна при определенных ограничениях, связанных не только с погрешностями, которые не принимаются во внимание, а также с индивидуальностью каждого организма и невозможностью исключить полностью внешние воздействия. В связи с вышеизложенным возникает новый аспект деонтологии, рассматривающий меру ответственности ученых, занимающихся разработками математических моделей заболеваний и определяющих совместно с врачом методы лечения.

С одной стороны, всю ответственность за лечение больного несет врач, который в конечном итоге назначает лекарства, выносит решение о необходимости операции, о применимости того или иного метода лечения. Но, с другой стороны, врач может судить о правильности построенной математической модели заболевания только как практик, имея накопленный опыт по лечению заболеваний и наблюдая протекание той или иной болезни множество раз, в математической же теории он не может разбираться профессионально.

Кроме знания своего предмета, ученый должен разбираться и в медицине, т.к. не имея ни малейшего представления о течении того или иного заболевания, нельзя делать выводы о его протекании.

Нельзя забывать о том, что за формулами и цифрами стоят жизни людей, и ошибки допускать в данном случае непростительно, хотя никто не упрекнет математика в построении некорректной модели, все будут обвинять врача в том, что он недостаточно хорошо лечит больных. Это не должно снижать груза ответственности, который ложится на плечи ученого, занимающегося таким серьезным делом, как применение математических методов в медицине, скорее напротив, помня о тех, кому он может помочь, ученый должен с большим упорством стараться достигнуть поставленной цели.

4. БИОЭТИКА. ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Биоэтика представляет собой важную точку роста философского знания, формирование и развитие биоэтики связано с процессом трансформации традиционной этики вообще и медицинской этики, в частности. Оно обусловлено прежде всего резко усиливающимся вниманием к правам человека (в медицине – это права пациента, испытуемого и т. д.) и созданием новых медицинских технологий, порождающих множество острейших проблем, требующих юридического и морального регулирования.

Развитие биоэтики в России может способствовать гуманизации отечественной биомедицины, этическому самосознанию профессионального сообщества медиков. Развитие биоэтики в России, конечно, не может вывести отечественное здравоохранение из того кризиса, в котором оно оказалось. Но оно поможет сформировать новые этические регулятивы перед профессиональным сообществом медиков, осознать моральные коллизии и дилеммы, с которыми сталкиваются в своей работе биологи, медики, психиатры. Развитие биоэтики в России идет по разным направлениям. Среди них основным должно быть законодательное регулирование биомедицинских исследований и практики здравоохранения в таких областях, как трансплантология, определение момента смерти, пределы жизнеподдерживающего лечения безнадежно больных и т. д. Важную роль в развитии биоэтики должно сыграть создание этических комитетов и комиссий в научно-исследовательских и лечебных учреждениях. В формировании этического самосознания медицинского сообщества громадное значение имеет введение курсов биоэтики в медицинских учебных заведениях всех уровней. И, наконец, поддержка исследовательской работы по биоэтике. За 1991-1992 гг. многое сделано. Создан Российский национальный комитет по биоэтике. В рамках Московского Фило-

софского фонда сформирована ассоциация по биоэтике. Наконец, принят закон «Об охране здоровья граждан Российской Федерации». Начинает развиваться исследовательская работа по проблемам биоэтики.

4.1. Этика жизни или биоэтика: аксиологические альтернативы

Формирование биоэтики обусловлено прежде всего теми грандиозными изменениями, которые произошли в технологическом перевооружении современной медицины, кардинальными сдвигами в медикоклинической практике, которые нашли свое выражение в успехах генной инженерии, трансплантации органов, биотехнологии, поддержании жизни пациента. Все эти процессы невиданным образом обострили моральные проблемы, встающие перед врачом, перед родственниками больных, перед медицинским персоналом. Существуют ли пределы и каковы они в поддержании жизни смертельно больного человека? Допустима ли эвтаназия? С какого момента следует считать наступление смерти? С какого момента зародыш можно считать живым существом? Допустимы ли аборт? Или аборт есть убийство живых существ? Таковы лишь некоторые из тех вопросов, которые встают перед врачом, да и перед широкой общественностью в условиях невиданного технологического оснащения современной медицины в развитых странах.

Биоэтика как исследовательское направление междисциплинарного характера сформировалось в конце 60 – начале 70 гг. Термин «биоэтика» предложен В. Р. Поттером в 1969 г. Трактовка ее весьма разнородна. Прежде всего биоэтику пытаются отождествить с биомедицинской этикой, ограничив ее содержание этическими проблемами отношений «врач-пациент». Существует и более широкое понимание биоэтики, включающее в себя ряд аксиологических проблем профессиональной деятельности, смежной с врачебной, ряд социальных проблем, связанных с системами здравоохранения, и, наконец, проблем отношения человека к животным и растениям. Тем самым биоэтика включает в себя этические регулятивы отношения к животным и тот круг проблем, который ранее относился к экологической этике. Кроме того, термин «биоэтика» указывает на то, что она ориентируется на исследования живых существ независимо от того, находят ли они свое применение в терапии, или нет. Иными словами, биоэтика ориентируется на достижения современной биологии при обосновании или решении моральных коллизий, возникающих в ходе научных исследований.

Существует ряд исследовательских центров по биоэтике. Среди них наиболее известны Гастингс-центр под Нью-Йорком, Институт по этике, основанный Кеннеди, при Джорджтаунском университете (США), Центр по биоэтике при медико-исследовательском институте Монреаля, Центр по биоэти-

ке при Торонтском университете (Канада). Издается ряд национальных и международных журналов. В 1978 г. начато издание «Энциклопедии по биоэтике». Выпущено 15 томов международной библиографии по биоэтике, подготовленной Гастингс-центром. Можно сказать, что это весьма интенсивно развивающаяся исследовательская область, в которой сотрудничают философы, биологи, медики, теологи США, Канады, Франции, Германии, Великобритании. Этого, к сожалению, нельзя сказать о России. Между тем кризис системы здравоохранения в нашей стране, которая переходит к страховой медицине, обостряет этические и правовые проблемы в медицинской науке и практике, ценностные конфликты как в организации охраны здоровья, так и в поведении и сознании личности. Методы административного контроля и регулирования, на которых зиждилась прежняя система здравоохранения в нашей стране, дополнялись патерналистскими нормами деонтологии, которые вообще не учитывали, а точнее, полностью игнорировали ценностные ориентации различных этнических и конфессиональных групп, по-разному относящихся к жизни и смерти, к здоровью и болезням, к детству и старости. Развитие биоэтики в России может помочь нашему обществу адаптироваться к новой системе страховой медицины, позволит выработать ценностные ориентации личности, которые соответствовали бы правам человека, жизни и достоинству граждан, фундаментальным гуманистическим ценностям человечества. Развитие биоэтики в нашей стране предполагает осмысление тех традиций, которые существовали в этической мысли в России, анализ их философских оснований и тех горизонтов, которые они открывают в новых отношениях человека к жизни.

4.2. Этика жизни и традиции русской философии

Русскую этическую мысль можно назвать *этикой жизни*. Для нее характерно прежде всего осознание самоценности жизни, нравственное освящение жизни как фундаментальной ценности, причем жизни, наполненной духовным смыслом. Этот духовный смысл жизни по-разному трактовался в различных философских концепциях. Религиозная философия исходила из мифологем православия, отстаивая идеи воскресения человека после Страшного суда и бессмертия души человека. Освящение духовного смысла жизни было связано с пониманием смерти как врат к новой жизни. Идея воскресения предполагала не только то, что подлинная жизнь христианина впереди, в будущем веке, в загробном мире – мире радости и блаженства, но и религиозное освящение мирской жизни, потому что новая жизнь, начинающаяся после Воскресения, не может не быть продолжением земной жизни.

Идеи православия лежали в основании этических размышлений таких русских философов, как Н. Ф. Федоров, Ф. М. Достоевский, В. С. Соловьев, Н. А. Бердяев, С. Булгаков, С. Л. Франк и др. Все они стремятся укоренить этику в ценностях христианства, прежде всего православия, понимаемого отнюдь не догматически. Здесь обсуждаются многие проблемы теоретической этики – жизнь и смерть, эсхатологичность человеческой истории, место человека в космосе. Идеи православия задавали фундаментальную систему отсчета этических построений русских философов – от космизма этики всеединства В. С. Соловьева до философской антропологии Н. А. Бердяева, от проекта Н. Ф. Федорова воскрешения отцов и победе над смертью до христианского социализма С. Булгакова. Как мы видим, идеи православия послужили источником весьма различных философско-этических концепций.

Идеи регуляции природы, сознательного управления всеми природными силами, вплоть до космических, составляет суть философии общего дела Н. Ф. Федорова [20]. Итогами этого процесса должна стать победа над смертью, воскрешение предков: «Всеобщее воскрешение есть полная победа над пространством и временем». В регуляции естественных сил природы Н. Ф. Федоров видит внесение в природу воли и разума, процесс одухотворения природы. Аналогичным образом В. С. Соловьев, осмысляя отношение человека к природе, видит в нравственном одухотворении природы путь утверждения добра: «Цель труда по отношению к материальной природе не есть пользование ею для добывания вещей и денег, а совершенствование ее самой, оживление в ней мертвого, одухотворение вещественного... Без любви к природе для нее самой нельзя осуществить нравственную организацию материальной жизни... В общей жизни человечества борьба с внешнею земной природой и покорение ее есть только необходимый переход, а не окончательная норма деятельности: нормальная деятельность здесь есть культивирование земли, ухаживание за нею, ввиду ее будущего обновления и возрождения».

Этика составляла ядро русской религиозной философии. Даже экономические и социологические построения, осуществленные, например, С. Булгаковым и С. Л. Франком, основывались на фундаментальных нравственных принципах этики солидарности. Более того, в русской философии была предложена концепция этической гносеологии, т.е. гносеологии, включающей в себя этические регулятивы. В работе «От критицизма к этической гносеологии» Д. И. Менделеев в противовес неокантианской идее о ценностной нейтральности науки проводит принципиально иной подход – этической нагруженности любого знания. Трактую познание как познавательную деятельность, регулируемую определенными нормами и идеалами, он подчеркивает, что в сам познавательный процесс включены этические регулятивы. К сожалению, этот подход, делающий акцент на этической оценке любых форм зна-

ния и методов науки, на выявлении познавательных идеалов разных наук, не получил в дальнейшем какого-либо продолжения и развития. Лишь в наши дни, когда остро встал вопрос о необходимости оценки и исследовательских проектов, и технологических нововведений, осознается перспективность идеи этической гносеологии.

Этические концепции, развитые в русской религиозной философии, не смогли стать теоретическим основанием для построения биоэтики. Они лишь задавали ведущий вектор отношения человека к миру, к жизни, к окружающей природе. К сожалению, они, будучи весьма спекулятивными, были далеки от моральных коллизий, возникавших в повседневной жизни, в медицинской практике, в отношениях человека к живым существам. Для того чтобы эта традиция русской философии, существующая в текстах выдающихся русских мыслителей, стала живой традицией, необходимо осмыслить с позиций, развитых этими мыслителями, новые моральные коллизии и альтернативы, встающие в наше время. Между тем современные иерархи русской православной церкви, в отличие от католических идеологов, далеки от этических проблем биотехнологии и медицины и вообще не обсуждают их.

В отечественной философской мысли существует и другое направление, которое также можно охарактеризовать как этику жизни. Это – живая этика, развитая рядом представителей буддистской мысли. Наиболее известным представителем этого направления является Н. К. Рерих – создатель так называемой Живой Этики. Согласно Н. К. Рериху, наша планета вступила в эпоху Огня, где возрастает роль психических энергий и вообще космических энергий. Овладение психической энергией предполагает нравственное преобразование природы. Оум – психическая энергия трех миров. Сердце – средоточие психической энергии, которая является частью общей, космической энергии. Необходимо соединить сердца и психические энергии «в хоровод согласия». Поэтому духовное преображение человека осуществляется не в одиночестве, а в общине, в сотрудничестве с космической иерархией. Сами названия этических статей Н. К. Рериха – «Общее дело», «Живая мудрость», «Мир всему живущему», «Свобода познания», «Борьба с невежеством», «Справедливость», «Чуткость», «Помощь», «Польза Доверия», «Благожелательство», «Труд», «Содружество», «Взаимость», «Милосердие», «Соппротивление злу» – показывают, что это была этика взаимной солидарности, милосердия и справедливости, основанная на религиозных и философских ценностях буддизма.

Менее известно, что К. Э. Циолковский – основатель космонавтики также связывал свою «космическую этику» с буддизмом. В ряде своих работ – «Нирвана», «Научная этика», «Этика, или естественные основы нравственности» – он развивал философию панпсихизма, которая исходит из идеи одушевленности Вселенной, допущения бессмертия духовных атомов, блуж-

дающих в мире и переселяющихся в разные организмы. Подчеркивая необходимость устранения страданий, Циолковский рассматривает этику как путь преодоления смерти и человеческих страданий, как путь одухотворения природы. Ведущим принципом этики является требование, чтобы «все живое благоденствовало», ведь «жизнь непрерывна, смерти нет». И эта – буддистская по своей сути – мысль проводится Циолковским и в ранней работе «Этика, или естественные основы нравственности», и в поздней «Научной этике», написанной в 1930 году.

И это направление в русской этике было все же далеким от моральных коллизий повседневной жизни, от анализа критических ситуаций, требующих морального выбора. Она выдвигала скорее абсолютный вектор в ориентациях человека, в его отношениях к миру, к другим людям, к животным и жизни вообще. Правда, П. Бадмаев, основавший в Петербурге лечебную школу тибетской медицины и переведший основной трактат по тибетской медицине «Худши», пытался осмыслить этику врачей, исходя из буддизма [3]. В «Этике тибетских врачей» П. Бадмаев подчеркивал, что «традиции врачебного сословия требуют от каждого врача шести условий: быть вполне способным для врачебной деятельности; быть гуманным; понимать свои обязанности; быть приятным для больных, не отталкивать их от себя своим обхождением; быть старательным в делах; быть ознакомленным с науками». Основное требование к врачам заключается в «исполнении долга». И все же П. Бадмаев был скорее переводчиком тибетского трактата, он стремился ознакомить общественность России и с этической теорией, и с медицинской практикой Тибета, но не построить, исходя из канонов буддизма, медицинскую этику, отвечающую новым условиям и новым задачам, вставшим перед врачами.

Существовало в России и третье направление в этике жизни, которое было гораздо ближе к острым коллизиям повседневной жизни и критическим ситуациям, требующим морального выбора. Это направление можно назвать натуралистическим, поскольку ориентируется на естественные науки, на биологию прежде всего, хотя и указывает на ограниченность существующих в естествознании теорий. Представителей этого направления этики жизни в русской мысли достаточно много и они предложили интересные и перспективные этические концепции. Их объединяет стремление осмыслить жизнь как природно-исторический феномен и обосновать этику из идеи борьбы со смертью.

Наиболее известным представителем этого направления в начале XX века был Н. А. Умов – выдающийся русский физик, философские работы которого, в том числе и этические, к сожалению, мало известны. В своих статьях – «Агарф», «Недоразумения в понимании природы», «Задачи техники в связи с истощением запасов энергии на земле», «Культурная роль физических наук»

– Н. А. Умов развивает комплекс идей, обосновывающих этику жизни. Он исходит из того, что жизнь специфична по своей организации и для ее постижения недостаточно физикалистских понятий и методов. Специфика жизни заключается в ее антиэнтропийности, в том, что всегда связана борьбой с тем, что Умов называет «нестройностью». Этот термин, по своей сути тождествен тому, что в современной физике называют хаосом, неорганизованностью, беспорядком. По Н.А. Умову, «нестройность есть то вероятное состояние, к которому стремится неорганизованная природа. Напротив, стройность движений есть основа организованной материи... Картину превращения нестройности в стройность представляет и историческая жизнь человеческого общества... Прирожденные нам стройности заключают уже в себе элементы этики. Нравственные принципы не могли бы руководить поведением существ, природа которых была бы образована из нестройностей». Подчеркивая, что «эволюция живой материи в общих чертах увеличивает количество и повышает качество стройностей в природе», Н. А. Умов выдвигает предположение о том, что следует дополнить законы термодинамики новым законом, который фиксировал бы антиэнтропийность живого и тем самым включил бы процессы жизни в процессы природы.

Не приемля неокантианского ограничения этики анализом нравственного поступка личности и нравственных отношений между людьми, разрыва между теоретическим и практическим разумом, Н. А. Умов проводит мысль о том, что этика должна основываться на осмыслении специфичности жизни, что этика неразрывно связана с естествознанием: «Погружение мысли исключительно в область узкочеловеческих интересов приводит к нравственной беспомощности при неудовлетворенности жизни». Сохраняя ориентацию на науку, на естествознание (высоко оценивая, в частности, значение теории эволюции Дарвина), Н. А. Умов настаивает на том, что основная цель этики – в стремлении устранить бедствия человеческой жизни с помощью деятельного вмешательства в жизнь природы, в превращении хаотических сил природы в организованные, «стройные». Он выдвигает новую заповедь новой этики: «Твори и создай на основе научного знания». Как мы видим, ведущие ценности новой этики жизни – борьба с хаосом, любовь и творчество – отнюдь не противопоставляются Н. А. Умовым природным процессам, наоборот, они выводятся из жизни, из ее специфики как антиэнтропийного явления. Эти ценности укоренены в жизни: «Эволюция живой материи представляет собой естественную историю борьбы за осуществление высших проявлений стройности этических идеалов». Этические идеалы не противопоставляются жизни подобно тому, как это делали неокантианцы, противопоставляя сферу должного сфере сущего. Наоборот, они должны быть выведены из жизни, из первичных форм стройностей, существующих в органической жизни и разви-

вающихся до высшей формы этических идеалов добра и любви. Тем самым Н. А. Умов задает новый ориентир в этике – ориентир борьбы с силами хаоса, беспорядка во имя утверждения жизни. «Величественная задача гения человечества – охранение, утверждение жизни на земле».

В это же самое время П. А. Кропоткин разрабатывает этику альтруизма, которая, по его словам, представляет собой новую реалистическую науку о нравственности, освобожденную от религиозного догматизма, суеверий и метафизической мифологии, и вместе с тем одухотворенную высшими чувствами и светлыми надеждами, внушаемыми нам современным знанием о человеке и его истории [2]. Наука должна дать основы этики. Этику необходимо обосновать научно, т.е. построить на базе естествознания, в частности, теории эволюции Дарвина. Высоко оценивая значение теории Дарвина, П. А. Кропоткин решительно критикует ее основной принцип – принцип борьбы за существование. Его необходимо дополнить принципом взаимной помощи, как одним из важнейших факторов эволюционного процесса. Это означает, что корни нравственности – в инстинкте общительности, уже изначально существующем в органической природе. Природа называется Кропоткиным, первым учителем этики, нравственным началом этики. Поэтому в работах Кропоткина – «Взаимная помощь как фактор эволюции», «Этика» – много внимания уделено описанию различных форм взаимопомощи в животном мире, для того чтобы показать, что этические нормы укоренены в природном мире, истоки альтруизма – в инстинкте общительности и взаимопомощи, присущих уже животным. Тем самым нравственность выводится из природных оснований, а этика обретает сциентистское обоснование. Однако чтобы найти решение другой проблемы, возникшей перед П. А. Кропоткиным, а именно, проблемы свободы человека, он вынужден забыть об этике альтруизма, которая, конечно, ограничивает свободу человека, и ввести многие мотивы из этики утилитаризма. Поэтому Кропоткин усматривает истоки человеческих поступков в стремлении к счастью, к удовольствию, в стремлении избежать неприятных ощущений. Этика альтруизма не стыкуется с этикой анархизма, которую развивал П. А. Кропоткин. Ведь для этики анархизма характерно стремление подчеркнуть неограниченность человеческой свободы, ее неподвластность никаким социальным нормам и установлениям, в том числе и моральным нормам. Свобода, понятая как своеволие личности, конечно же, противоречит принципу взаимной помощи, на котором строится этика альтруизма. И это весьма очевидно из следующего высказывания П. А. Кропоткина: «Мы признаем полнейшую свободу личности. Мы хотим полноты и цельности ее существования, свободного развития всех ее способностей. Мы не хотим ничего ей навязывать...». Тем самым человек может поступать, как ему заблагорассудится. За обществом отрицается право наказания кого бы то ни было и каким

бы то ни было образом за любой антиобщественный поступок, который человек совершил, свобода оказывается подмененной своеволием человека. Однако если исходить из того, что «добро – то, что полезно обществу», а «зло – то, что вредно этому обществу», то такого рода позиция неумолимо ведет не просто к релятивизации моральных норм и нравственности, но и к отрицанию самоценности личности, ее свободы и нравственного выбора. Натуралистически сциентистский вариант обоснования этики альтруизма и одновременно этики анархизма не удался. При ближайшем рассмотрении этическое учение П. А. Кропоткина раскололось на два учения, которые не стыкуются друг с другом.

В 1903 г. В. Вересаев, отвечая критикам «Записок врача», писал: «Как это ни печально, но нужно сознаться, что у нашей науки до сих пор нет этики. Нельзя же разуместь под нею ту специально-корпоративную врачебную этику, которая занимается лишь нормировкою непосредственных отношений врачей к публике и врачей между собою. Необходима этика в широком, философском смысле, и эта этика прежде всего должна охватить во всей полноте ... вопрос о взаимном отношении между врачебною наукою и живою личностью. Между тем даже частичные вопросы такой этики почти не поднимаются у нас и почти не дебатуются».

Подчеркивая, что «нет ни одной науки, которая приходила бы в такое непосредственно-близкое и многообразное соприкосновение с человеком, как медицина», он видит главную задачу этики «во всестороннем теоретическом выяснении вопроса об отношении между личностью и врачебною наукою в тех границах, за которыми интересы отдельного человека могут быть приносимы в жертву интересам науки. Понятно, что это не есть специальный вопрос какой-то особенной врачебной этики, это большой вековечный общий вопрос об отношении между личностью и выше ее стоящими категориями – обществом, наукою, правом и т. д. Ее (медицины) тесная и разносторонняя связь с живым человеком делает необходимым, чтобы все, даже чисто научные, вопросы решались при свете этого основного этического вопроса». Полемизируя с теми врачами, которые во имя прогресса медицинской науки допускали возможность экспериментов на людях и ограничение их прав, Вересаев особо подчеркнул: «вопрос и о правах человека перед посягающею на эти права медицинскою наукою неизбежно становится коренным, центральным вопросом врачебной этики».

То, что было в начале XX в. нравственным уродством отдельных врачей, вызывавших вполне справедливое негодование, после 1917 г. стало безнравственной государственной политикой. В 1925 г. нарком здравоохранения Н. А. Семашко объявил врачебную тайну пережитком старой кастовой врачебной практики (боязнь потерять пациента) и старых глупых предрассудков

(стыд за свою болезнь) и подчеркнул, что советское здравоохранение держит «твердый курс на уничтожение врачебной тайны, пережитка буржуазной медицины». Выступая с этой разрушительной для медицинской этики программой, Н. А. Семашко не встретил возражений со стороны врачей. На диспуте в январе 1928 г. в Москве проф. А. И. Абрикосов полностью поддержал наркома. Лишь Вересаев в предисловии к 12-му изданию «Записок врача» (1928 г.) подверг критике Н. А. Семашко: «Точка зрения, энергично выдвигаемая Н. А. Семашко, на практике, в рядовой массе врачей, ведет к ужасающему легкомыслию и к возмутительнейшему пренебрежению к самым законным правам больного».

Тоталитаризм подавлял права человека и стремился разрушить профессиональную этику врачей. Он не допускал даже обсуждения проблем профессиональных этических норм и тем более философских проблем медицинской этики. Но он не смог подавить философско-этических размышлений, которые, не доходя до публикации, оставались в рукописях. Это относится и к работе В. Ф. Войно-Ясенецкого «Дух, душа, тело», опубликованной уже после смерти хирурга-епископа, и к труду В. И. Вернадского «Научная мысль как планетное явление», и к рукописи Д. П. Филатова «Норма поведения, или мораль с естественноисторической точки зрения» [21], и к статье А. А. Любищева «Основной постулат этики». Все эти работы написаны в годы жестокого тоталитарного режима Сталина, который все же не смог подавить свободную мысль.

В 1940 г. выдающийся советский биолог Д. П. Филатов начинает писать работу «Норма поведения, или мораль с естественно-исторической точки зрения». Увязывая этику с теорией эволюции и этологией, Филатов проводил мысль, что человек на первых фазах эволюции унаследовал от животного мира норму оборонительного поведения, эгоистическо-инстинктивное начало в поведении. Эгоизм первичен в жизни животных. Эта фаза в эволюции человека подчинена законам естественного отбора, действие которых в последующем ослабляется. В соответствии с этим уменьшается и жизненное значение эгоизма и увеличивается роль людей, для которых характерны любовь к жизни и природе в целом. Для морали будущего, по мнению Филатова, как раз и будет характерно повышение антиэгоистических норм морали и поведения людей, которые «поступают так, как поступил бы заботливый хозяин жизни: ничего для себя и все – для окружающего. И так как они поступают так не в силу взятого на себя принципа, а в силу своего всеобъемлющего интереса к жизни, их удовлетворение постоянно». Они – «носители объединенной, спянной в одно целое любви ко всему и живому и неживому».

И. В. Крушинский назвал работу Д. П. Филатова «удачной попыткой обобщить собственное мировоззрение о морали и этике с проблемами эволю-

ции этических основ психики человека». Обращает на себя внимание то, что Д. П. Филатов, сохраняя ориентацию на науку, пытается построить этику, выходящую за границы и натуралистической, и христианской этики. Свою этику он называет этикой любви к жизни. По словам Филатова, «такая норма поведения не предусмотрена ни одной из религий. Она шире и глубже, чем того требует мораль любой религии». Новая мораль, которую возвещает Д. П. Филатов, «сильна тем, что органически слита с природой человека, так что, вытекая из одного источника с его природой, действует как целое и не несет в себе никаких противоречий». Любовь к ближнему, на которой основывается христианская этика, является, по мнению Филатова, лишь частным случаем этики любви к жизни. Этика альтруизма также представляет собой частный случай новой этики, поскольку в центре ее – не узколичные интересы представителей новой морали, а интересы всех людей и, более того, всего живого на земле. Люди, принявшие эту мораль высшего альтруистического типа, любят всю жизнь в целом: «их любовь к людям есть только подробность этой общей любви и подчинена ей, как подчинена целому». В другом месте он называет любовь к жизни таким отношением к жизни, благодаря которому «достигается то полное слияние с миром, о каком многие живущие сознательной жизнью только мечтают».

В это же самое время В. И. Вернадский разрабатывает учение о переходе биосферы в ноосферу, т. е. сферу, созданную человеческим разумом, воплощенным в науке и технике. Учение Вернадского о ноосфере, развернутое в «Философских мыслях натуралиста», конечно, далеко выходит за пределы этики. Однако из размышлений Вернадского о превращении науки в силу, планетарную по масштабу своего воздействия, нельзя исключить и этическую компоненту. Эта компонента обнаруживается не только в том, что Вернадский еще, по-видимому, в конце XIX в. задумывает работу по этике, подчеркивая значение наук о поведении для обоснования этики и критикуя религиозные представления о нормах морали. Для него уже в это время несомненно, что этические принципы независимы от религиозных учений, что нельзя относить этику к области религии. Это же было для него несомненно и в последние десятилетия жизни, когда он писал работу «Научная мысль как планетное явление». В набросках планов рукописи «Об основных понятиях биогеохимии», которую он задумывал в это же время, есть пункт «О морали науки». Этот раздел, задуманный им, остался, к сожалению, ненаписанным.

Этическая компонента в учении Вернадского о ноосфере выражается прежде всего в его оптимизме и утверждении того, что законы развития ноосферы не противоречат, а продолжают законы эволюции биосферы. Вернадский неоднократно подчеркивает единство биосферы и ноосферы, то, что ноосфера рождается из биосферы. По его словам, «геологический эволюци-

онный процесс отвечает биологическому единству и равенству всех людей», что «идеалы нашей демократии идут в унисон со стихийным геологическим процессом, с законами природы, отвечают ноосфере». Тем самым человек и человечество понимались Вернадским как закономерная часть организованности живого вещества, как закономерный этап в эволюции биосферы. Кроме того, нравственно-этическая компонента обнаруживается в учении Вернадского в том, что он связывает возникновение ноосферы с превращением человечества в единое целое. «Человечество, взятое в целом, становится мощной геологической силой. И перед ним, перед его мыслью и трудом, становится вопрос о перестройке биосферы в интересах свободно мыслящего человечества как единого целого. Это новое состояние биосферы, к которому мы, не замечая этого, приближаемся, и есть ноосфера. Итак, ориентируясь на науку, Вернадский развивает оптимистическую концепцию перехода биосферы в сферу разума, где решающую роль играет не только наука, но и этический разум объединенного человечества. Ноосфера объединяет в себе научный разум человечества с его нравственным разумом и с техникой.

Вернадский никогда не отождествлял на технократический манер ноосферу с техническим приложением научного знания. В его учении о ноосфере разум понимается не сциентистски и не технократически. Это прежде всего нравственный разум, воплощающийся как в науке, так и в технике. Истина, красота и добро едины в ноосфере. Конечно, оптимизм составляет важнейший вектор этических размышлений Вернадского, истоки которого можно усматривать и в его философско-исторической позиции, и в его сциентизме. Нередко оптимистической концепции ноосферы противопоставляли другой подход, делавший акцент на разрушении человеком природных экосистем и на неумолимости деградации природных экосистем и сообществ вследствие экспансии человечества. Так, известный советский биолог Б. С. Кузин полагал, что все, созданное человеком, следовало бы назвать не ноосферой, а какосферой, или сферой неразумия. Эта альтернативность исходных позиций коренится в альтернативности этических векторов, один из которых связан с оптимистическим видением эволюции биосферы и человеческой истории, а другой — с фиксацией деформирующего и разрушительного воздействия человека на природу.

В 1952 г. советский биолог А. А. Любищев написал статью «Основной постулат этики», которая была опубликована лишь в 1990 г. Обращает на себя внимание уже то, что этика мыслится Любищевым как некая теоретическая система, которая зиждется на основном постулате. Этот постулат, по мнению Любищева, должен удовлетворять трем требованиям:

- он должен быть универсальным;
- он должен быть научно обоснованным;

- он должен синтезировать положительные стороны всех этических систем прошлого.

И соответственно, этика, развиваемая А. А. Любищевым, мыслится как универсальная, научная и синтетическая. Итак, здесь также сохраняется ориентация на науку и подчеркивается не просто возможность, но и необходимость научного обоснования этики. Основной постулат этики заключается, по его мнению, в утверждении необходимости борьбы за торжество духа над материей.

Этот постулат можно было бы трактовать как некое отрицание природно-материального начала ради утверждения духа. Однако для Любищева этот ход мысли неприемлем. Он в самой эволюции, в развитии жизни усматривает тот же самый процесс: «Все развитие жизни есть непрерывная борьба духа с материей со все более обозначающейся победой духа». Тем самым преодолевается возможное противопоставление материи и духа, эволюции жизни и духа, а духовное укореняется в природно-жизненном, получая натуралистическое обоснование. «Способствуя победе духа над материей, мы одновременно осуществляем лозунг: жить согласно истинному смыслу природы». Итак, присущее Любищеву стремление дать научное обоснование этики приводит к тому, что эволюция живого трактуется как борьба с материей, с косным и инертным началом, а этика, утверждающая торжество духа над материей, укореняется в эволюционном процессе – этические ценности совпадают с истинным смыслом природы.

Если подвести итоги нашему рассмотрению этических концепций, развитых в русской мысли, то во всех их вариантах – от религиозных до натуралистических – можно наблюдать стремление преодолеть разрыв нравственности и жизни, укоренить этику в жизни и вывести из нравственных начал и право, и познание, и даже религию.

Жизнь, не только человеческая, но и природная, оказывается этически нагруженной, она уже включает в себя нравственные характеристики, которые в полной мере разворачиваются лишь в межличностных отношениях. Важнейшей чертой этических размышлений в России является стремление понять единство факторов эволюционного процесса и этических ценностей, осмыслить жизнь во всей целостности ее проявлений, в том числе и ее высших – нравственных – побуждений и поступков. И это оказалось возможным лишь потому, что жизнь была понята как антиэнтропийный процесс, как процесс, противостоящий хаосу и неорганизованности, как процесс, ответственный за увеличение организованности природы и человеческой жизни. Эта мысль по-разному выражалась русскими учеными и философами. Жизнь – это борьба со смертью и неорганизованностью природы, борьба за утверждение ноосферы, за торжество духа над материей – все это разные формулировки общего исходного принципа этики. И этот общий принцип этики просветлен

одним умонастроением, пронизывающим все нравственные поиски русских мыслителей, – любовью к жизни. Именно это жизнечувствование определяет этические размышления и религиозных философов, и их оппонентов – представителей натуралистической этики.

4.3. Биоэтика в других странах

Биоэтика сконцентрирована преимущественно на анализе отдельных случаев, моральных коллизий, казусов, трудных с моральной точки зрения для принятия решения. Такая трактовка задач биоэтики, сводящая ее, по сути, к изучению и описанию отдельных «казусов», неразрывно связана, по моему мнению, с определенными традициями американской культуры, прежде всего с особой значимостью правовых институтов в американском обществе.

Надо сказать, что влияние права, правовой системы, правового сознания на культуру и ее ценности, на философию, на способы организации дисциплинарного знания и научный дискурс в целом, мало исследовано и в отечественной, и в зарубежной литературе. Простой констатации того, что научный дискурс разворачивается не в вакууме, а в социокультурной системе, которая является констелляцией различных силовых полей, создаваемых и экономикой, и управлением, и политико-правовыми институтами, и напряженностью между различными социальными группами, сегодня уже недостаточно. Необходимо раскрыть конкретные механизмы такого взаимовлияния научного и правового дискурса, выявить корреляции между ними в разных культурах.

Биоэтика может служить одним из ярких примеров этого взаимовлияния права и науки, правового и научного дискурса, правовой системы и философии. Известно, что судебная система США основана на праве прецедента, при котором не допускается императивность, общеобязательность и принудительность правовой нормы и закона. Право состоит не из системы общеобязательных норм, а из некоторых правовых актов-решений в судебных целях, которые достигаются в споре различных сторон и которые обязательны для судов низшей инстанции, а для иных судов являются образцом решения. Решение судом принимается по аналогии, по определенному образцу, и оно служит не законом, а лишь источником законодательной инициативы и согласия во мнении различных сторон. Статус права здесь иной. Американская система права не предполагает существования правовых норм вне и независимо от социальных действий людей и тождественна серии ситуационных решений судов различных инстанций.

Биоэтика с самого начала своего возникновения испытывает громадное воздействие и того веса, который придается в американском обществе институту права, и специфичности этой системы как права прецедента. Это обна-

руживается уже в том, что биоэтика ориентируется прежде всего на принятие решений в тех ситуациях, когда существуют моральные коллизии, проблемы, трудности. Более того, процедура принятия моральных решений организована по образу и подобию американского суда. Для принятия решений в случае моральных конфликтов и коллизий в США создана система так называемых этических комитетов, которые существуют в подавляющем большинстве американских больниц. В 1983 г. лишь 26 % больниц имели институт этических комитетов, в 1985 г. уже 60 %, хотя сами же американцы отмечают громадные различия между различными больницами. Так, лишь 6 % американских государственных больниц создали внутри себя этические комитеты. Разрешение моральных контрверзов и коллизий достигается в ходе нередко многочасовых дискуссий между членами комитета. В этический комитет обычно входит лечащий врач, представители медицинского персонала и администрации, священник, профессиональный этик-философ, работники служб социального страхования и обеспечения и др. В процессе обсуждения, в котором принимают участие родители или родственники больного, члены этического комитета выдвигают различные доводы и контрдоводы «за» и «против» определенного решения, выясняют мотивы предлагаемых вариантов решения, его возможные последствия для пациента, его семьи, социального статуса и положения пациента и пр. Надо сказать, что отношение самих пациентов к этическим комитетам далеко неоднозначно. 76 % из них считают, что этические комитеты полезны, 4 % отрицают такую полезность, 20 % не могут сказать ни того, ни другого.

Существуют большие различия между пациентами и в определении функций этических комитетов. 76 % опрошенных в 1983 г. полагали, что этические комитеты должны помогать советом и консультациями, 12 % считали, что за ними – право принятия окончательного решения. Интересно, что 61 % опрошенных пациентов настаивает на том, что право окончательного решения должно принадлежать пациенту, лишь 9 % за то, чтобы оно было отдано врачам, и лишь 6 % – семье.

При всей неоднозначности отношения общественного мнения к этическим комитетам, при всей критике бюрократизации в них, при всем неприятии завышения своих полномочий и функций членами этических комитетов, возникающих этических коллизий внутри этических комитетов, следует все же сказать, что созданная в США система этических комитетов – от больниц до штатов и вплоть до еще недавно существовавшего Президентского этического комитета – выполняет свои функции и прежде всего способствует нахождению морального решения в трудных ситуациях.

Специфика биоэтики, развиваемой в США, заключается в том, что она мыслится как описание и обобщение отдельных случаев, в которых возника-

ют трудности решения конфликтных в этическом отношении ситуаций. Отдельный случай, рассмотренный с точки зрения моральных коллизий, предстает не как императивная, общеобязательная и принудительная норма для решения аналогичных конфликтных ситуаций, а лишь как образец, как руководство для принятия решений по аналогии. На основе консенсуса, достигаемого в ходе обсуждения в этическом комитете, формируется решение, которое не имеет нормативно-обязательного характера, аналогичное тому, как в ходе судебного заседания достигается консенсус между различными сторонами и принимается решение, служащее прецедентом для последующих аналогичных дел. Само собой разумеется, что моральное решение, найденное в каком-то одном случае, индивидуализировано, ведь оно имеет дело с жизненно важными для человека проблемами, касается в буквальном смысле слова его жизни и смерти. И это решение может лишь выполнить функцию образца для морального решения другого случая, касающегося жизни и смерти другого человека. Из решения-образца нельзя вывести нравственные обязательства врача и пациента.

Формирование биоэтики в США совпало не только с движением за альтернативную науку и технологию, не только с критикой науки и научного истеблишмента, но и осознанием опасностей технократического мышления в медицине. Технологическая революция в медицине привела к усилению роли не только технического «базиса» медицины, но и представителей технико-инженерных специальностей во всем профессиональном сообществе медиков. Проводя дистанцию между собой и пациентом, такого рода «инженеры человеческих душ и тел» рассматривали человека как объект наблюдения, экспериментирования и манипулирования. В противовес такому подходу, который Р. Вич удачно назвал технико-инженерной моделью в отношениях врача и пациента, биоэтика с самого начала провозгласила необходимость нового подхода и, сформировав биоэтическое движение и среди медиков, и среди широкой общественности, осуществила его в реальной практике американского здравоохранения. Этот подход исходит из фундаментальных ценностей либерализма, лежащих в основании экономики свободного рынка, государственно-политической системы, и правовой системы США. Фундаментальные принципы биоэтики – автономности индивида, свободы воли и выбора, информированного согласия – не просто несут на себе отпечаток ценностей либерализма, но являются их выражением в конкретной области моральных решений и действий.

И одновременно биоэтика стала формой критического самосознания профессионального сообщества медиков, осознания ими тех угроз, которые, как правильно отметил П. Д. Тищенко [18], связаны с профессиональной властью медиков, «традиционно предполагающей право распоряжаться телами паци-

ентов, безусловно преследуя благо «страдающего другого», однако мало интересуясь мнением конкретного другого по поводу содержания этого блага». Биоэтика, сделав предметом пристального внимания и исследования многообразные формы взаимоотношений «врач-пациент», исходила (особенно в первое десятилетие своего развития) из модели коллегиальности в этих отношениях. С этим связана и ее критика патернализма и в отношении «врач-пациент», и вообще в системе здравоохранения, и возникновение целого ряда альтернативных движений в медицине (например, антипсихиатрического движения), которые усматривали в отношении «врач-пациент» лишь форму властных отношений «хозяев» и «их жертв».

Однако вскоре было обнаружено, что «коллегиальная модель» оказалась неадекватной для осмысления сути отношений «врач-пациент», что требование построить систему здравоохранения по этому образцу было, как говорит Р. Вич, «пустой мечтой», что отношения «врач-пациент» асимметричны и неравноправны: здесь врач – решающая сторона, он представляет власть профессиональных знаний и навыков, а пациент, сохраняя за собой право личного выбора и решения, строит его на основе советов врача.

Кроме того, было обнаружено, что биоэтика оставляла без внимания социокультурный контекст существования медицины и профессионального сообщества медиков, те установки и относительно здоровья, и профессионального сообщества медиков, которые характерны для широкой общественности. Сами биоэтики обнаружили, что научный дискурс не может быть абстрагирован и изолирован от вненаучного дискурса, от того жизненного мира, внутри которого существует медицинское сообщество и функционирует система здравоохранения. Все это интенсифицировало дискуссии внутри биоэтики, поиски ее новых принципов и моделей. В этом отношении показательна статья Б. Дженнингса [26]. Обратившись к философским понятиям М. Фуко (дискурс, дискурсивная формация), Дженнингс противопоставляет две модели в биоэтике – юридическую и гражданскую. Юридическую модель он непосредственно увязывает с идеологией либерализма, отстаивающей ценности индивидуализма, приоритета частных интересов. И эти ценности находят свое выражение в том, что в биоэтике господствует (особенно в первом десятилетии ее развития) юридическая парадигма с присущим ей акцентом на индивидуальное моральное решение и действие с принципом автономности и уникальности личности, с приоритетом частных интересов, прав пациента и т.д. Юридическая парадигма в биоэтике предполагает некий всеобщий юридический разум – гарант истинности и объективности принимаемых моральных решений, исток и тайну профессиональной власти медицинского сообщества. Такого рода конструкция, сохранившаяся с эпохи Просвещения, влечет за собой определенные следствия, в частности, возрождение единого

нормативного сознания в этике, что вступает в явное противоречие с правом прецедента, господствующим в США. Очевидно поэтому Дженнингс и предлагает новую модель для биоэтики – гражданскую модель, или парадигму, исходящую из демократических ценностей и концепций. Исходной фундаментальной ценностью демократически-гражданской парадигмы в биоэтике должна быть, по замыслу Дженнингса, принципиальная значимость солидарности, связанности людей, их равенства в получении медицинских услуг и социальных благ, идея коммуналистских интересов и целей. Этот подход позволяет рассмотреть ценностные ориентации медицинского сообщества в более широком социокультурном контексте, определить пути согласования научно-медицинского и общественного дискурсов о состоянии медицины, уровне развития системы здравоохранения и т. п.

Поиск новых аксиологических оснований биоэтики, таких, как соучастие, солидарность, сострадание, сочувствие, собеседование, согласие, а также перестройка биоэтики на этих новых основаниях только начинается. Причем следует особо подчеркнуть, что возникающая новая парадигма мышления в биоэтике осознает опасность и индивидуализма, и коллективизма, не принимая ни патернализма, ни мнимой коллегиальности и отстаивая принципы демократической идеологии. К чему приведут эти поиски – покажет будущее, но ясно, что в ходе критики юридической парадигмы своего мышления биоэтика выходит на новые рубежи.

4.4. К началам биоэтики

Слова «начала» и «биоэтика», использованные в названии статьи, кажутся достаточно простыми и понятными. Однако эта простота обманчива. При излишней поспешности размышлений взгляд читателя может как бы по инерции проскользнуть мимо того, о чем пойдет в тексте речь, обнаружив для себя предметы, возможно и интересные, но иные. Поэтому в данном тексте необходимо заняться исключительно проговоркой этих двух слов, их прояснением. Первое слово – «начала».

Каждый обучался в школе, где были даны начала знаний и умений к этим знаниям приобщаться. В этом контексте смысл реальности как бы указывает на первый этап некоего движения. Учитель, бережно поддерживая ученика, оберегая его от неверных шагов и падений, помогает сделать первые шаги на дороге образования. Но на этом пути каждый за счет собственных усилий и помощи наставников как бы призван образовать себя, вылепить в тяжком труде свой образ из глины или материала человеческих задатков, способностей и возможностей. Интересно, что в нашей культуре процесс образования

неразрывно сопряжен с идеей просвещения – выхода из тьмы невежества на свет знания. Следовательно, процесс образования одновременно предстает как проявление или появление формирующегося образа человека на свет. Так, формы вещей, неразличимые во тьме ночи, становятся зримыми и отчетливо являют себя при свете дня. Точно так же образование вылепливает и высвечивает образ этого человека, делает отчетливо зримым его уникальную непохожесть и отличенность от всех иных и всего иного. Однако одновременно очевидность и достоверность этих различий оказывается возможной лишь постольку, поскольку все как бы объемлет и охватывает пространство, наполненное светом. Это обнаруживает себя в знании свет истины, дающий всему различие и одновременно связь, как фундаментальное условие общности и общения уникальных человеческих индивидов.

Поэтому, если говорить о началах биоэтики, то надо иметь в виду первые шаги пути от темноты безобразного существования нашей общности в некоторый просвет, где лица и вещи проявлены и имеют свои специфические очертания (границы). Речь, конечно, идет не о фотографической внешности. Дело или поступок выступает основной формой явления человека в мире. По делам о нем судят, и в делах утверждает он свое неустранимое присутствие в мире. При этом способность к действию опосредована приобретенным знанием. Знание – сила! Чем больше человек приобретает знаний, тем более уверенно он говорит себе и другим – я это могу сделать! Знание, следовательно, является, как говорили древние, началом человеческого могущества, началом того внутреннего центра, из которого на вопрос «Кто это сделал?» – уверенно слышится ответ: «Я». Когда необучившийся хорошенько ходить и управлять своими ручками малыш случайно разобьет вазу, родители не усмотрят в этом событии вины и ответственности ребенка. С ребенком нечто произошло, но не он это сделал. В его неумелых движениях посторонние не различат присутствия «Я» – оно еще не образовано. Другое дело, когда ребенок овладеет первоначалами человеческих движений, обучится практикам их контроля, освоит первоначала знаний – «можно» и «нельзя» обыденной жизни, тогда, возможно, то же самое по внешней кинематике телесное движение и со стороны других, и со стороны самого ребенка будет рассмотрено как его дело. Это уже не нечто, происшедшее с ним, но то, что он сделал, его поступок. Это то, что ему может быть поставлено в вину, то, за что он обязан отвечать. В телесном движении, приобретшем статус дела, впервые начинает просвечивать и распознаваться другими образ человека, его «Я». В процессе школьного образования, за счет приобщения к началам знаний и умений, ребенок шаг за шагом расширяет то пространство жизненных событий, в котором он все увереннее и увереннее выступает как их автор. Как тот, чья воля и разумение определяют начало совершающихся событий. В этом смысл простого суждения, уста-

навливающего неустрашимое присутствие этого уникального человека в мире – «Я это сделал». Чем более человек образован, чем больше он через просвещение приобщен к началам знаний и умений, тем более рельефно и многообразно обнаруживается его неустрашимое, ответственное присутствие в мире. А это и есть образ его «Я». Совершенно не случайно процесс образования, этого вылепливания образа человеческого «Я», завершается стадией совершеннолетия, которое описывается двумя взаимоадресованными атрибутами – дееспособностью и ответственностью.

Но речь идет не только и не столько о детях. Каждый из нас, когда он не умеет (не может) что-либо делать, прекрасно чувствует, как сопротивляется ему его тело, как непослушны ему его собственные руки. В неумелых конвульсиях тела наше «Я» еще не обрело себя.

Представьте ситуацию, что с вами по-русски пытается объясниться японец, еще только начинающий изучать наш язык. Для того чтобы понять, что он сказал, вам придется проделать тяжелую работу разборки – какие смыслы появились в речи по воле говорящего, а какие возникли благодаря случайному сцеплению слов и предложений, поскольку сам произносящий слова еще не овладел ими или не присвоил их. В подобной речи трудно распознать, узреть образ «Я» говорящего – он неопределен, как бы расплывчат. В этой ситуации трудно ответить на вопрос – кто это сказал, кто инициировал (детерминировал) появление в речи говорящего некоего ухваченного слушающим смысла, т.е. приписать ответственность (вину) за появившийся смысл. Только достаточное владение языком может обеспечить отчетливое присутствие автора в тексте. Ему можно будет поставить в заслугу удачно выраженную мысль, ему же можно будет адресовать возражения. Поэтому при использовании в названии статьи слова «начала», имелись в виду и первые (начальные) шаги на пути самообразования еще несформировавшегося у граждан нашей страны весьма существенного измерения человеческого «Я», и его завершающий (целеполагающий) этап – приобщение к началам определенного рода поступков, которые в своем внутреннем единстве и выступают в качестве феномена, обозначенного словом «биоэтика».

Термин «биоэтика», как он сформировался в современной культуре, имеет лишь косвенную в некоторых частных разделах принадлежность к проблемам этического отношения к животным, растениям и вообще живой природе. Скорее всего, он обозначает пространство проблем, которое ранее входило в компетенцию медицинской профессиональной этики. Поэтому некоторые исследователи вместо термина «биоэтика» используют термин «современная медицинская этика», «биомедицинская этика», или просто «медицинская этика», имея в виду ее современный этап.

Действительно, ситуации, анализируемые биоэтикой, рождаются в сфере современных биомедицинских научных исследований и новейших практик оказания профессиональной медицинской помощи. Например, вопрос, имеет ли женщина право совершить аборт или нерожденный плод должен рассматриваться в качестве личности (пусть хотя и потенциальной) и, следовательно, обладать неотъемлемым правом каждого человека на жизнь? Где, после какой незримой черты кончается человеческое существование, когда врач становится вправе отключить аппарат искусственного дыхания, не совершая тем самым убийства? Где проходит грань между состоянием психически больного человека, когда он способен контролировать свое поведение и отвечать за свои поступки, и когда болезнь овладевает им в такой степени, что его поведение становится опасным для него самого и для окружающих (следовательно, оправдана его насильственная госпитализация)?

Эти и великое множество подобных вопросов каждодневно рождаются в лоне современной медицины. Однако в силу специфических обстоятельств, о которых речь пойдет ниже, их обсуждение, осмысление и решение в биоэтике с самого начала выносятся за рамки профессионального медицинского сообщества. В острейших биоэтических дискуссиях на равных принимают участие врачи, философы, юристы, теологи, политики, экономисты и другие специалисты. В этих горячих спорах также на равных со специалистами участвуют пациенты, члены их семей, представители общественности. И это не простая дань демократической моде. За этим обстоятельством кроется глубинный сдвиг в сознании людей, а вернее, в некоторых обыденных практиках мышления, которые обычно не осознаются.

Что значит, например, что обсуждение проблемы аборта входило ранее в компетенцию медицинской науки? Это значит, что ученый, указывая на некоторые биологические закономерности, давал общезначимое объяснение ситуации, отделяя истинные мнения от ложных. Само научное знание выступало в качестве начала ответственного человеческого поступка, отделяя то, что делается разумно, от того, что происходит по недоразумению, в силу невежества, необразованности. Теперь усложним рассмотрение вопроса. Что значит, что в обсуждении вопроса принимает участие юрист? Это означает, что действие врача, производящего аборт в полном соответствии с научной истиной, может быть неприемлемо с правовой точки зрения, которая проясняет ситуацию уже не в категориях истинно — ложно, но в категориях законно — незаконно. У человеческого поступка открывается как бы новое начало, дополнительно (в смысле Н. Бора) относящееся к началу, открываемому наукой. Следовательно, при установке на достижение согласия каждый специалист не просто уважает мнение другого, но, главное, признает в качестве равноценного то, на чем оно строится (специфические для каждой профессии технологии

объяснения ситуации): что каждый готов ограничить сферу своего поступка так, чтобы она вписывалась в допустимые рамки, устанавливаемые извне другими специалистами. Истинное, с точки зрения науки, должно вписываться в рамки, задаваемые законом. И наоборот, устанавливаемый закон не должен создавать ситуации, которые не вписывались бы в рамки, например, физиологически допустимых манипуляций с организмом.

Теперь введем в диалог врачей, юристов и третью сторону, например, теологов. Законное и научно обоснованное действие может быть отвергнуто, поскольку оно является, с точки зрения церкви, греховным (как это оказалось с проблемой аборта). Доказывая свою правоту, теолог проясняет возникшую ситуацию, используя свои специфические приемы доказательного рассуждения, открывая доступные лишь религиозному опыту начала человеческих поступков. В границах своего типа обоснования приемлемости или неприемлемости того или иного решения теолог как и другие специалисты как бы самодостаточен – мнения других (исходящие из других оснований) для него не относятся к существу дела.

Допустим, между участниками обсуждения возник конфликт, что является нормальной ситуацией в нормальном обществе. Как возможен консенсус граждан-специалистов? Как вообще возможен между ними диалог? Если ученый научно честен – разве он может поступиться научной истиной? Если юрист честен – разве он может поступиться законом? Как может уступить теолог в том, что является началом его веры, его истиной существования? А если за столом сидят представители нескольких конфессий и вероисповеданий? Подобная ситуация обычна и нормальна для современного правового государства, где ни одна из сторон априорно не имеет решающего голоса. Переадресовать решение вопроса политикам также не удастся, несмотря на то, что, казалось бы, в их компетенцию входит обсуждение и решение наших общих проблем. Дело в том, что политик использует свою не менее специальную технологию прояснения типа: если я выступлю в защиту права женщин на аборт, то приобрету дополнительно 15 % голосов на выборах в следующем году, но при этом у меня возникнут осложнения с Ватиканом, зато на переговорах в Копенгагене удастся несколько разрядить обстановку и т. д. Иными словами, политик представляет отнюдь не всеобщий интерес, но лишь свой, частный, выступая одним из неустрашимых голосов публичного диалога в современном гражданском обществе.

Выпустим теперь на сцену публичного диалога человека с улицы, т. е. неспециалиста, который может и не иметь специального образования. Он, не имеющий специального образования, вместе с тем является как пациент хозяином собственного тела. Он вправе участвовать в выборе терапевтических манипуляций со своей плотью, вправе решать, что хорошо, а что для него

плохо, следуя собственному здравому смыслу. Далее, человек с улицы является равноправным гражданином, и это его гражданское право участвовать в решении, что для нас всех хорошо или плохо. Поэтому и его голос, объясняющий и обосновывающий свои собственные интересы только апелляцией к здравому смыслу, не менее равноправен. Начала его поступков, коренящиеся в обыденной практике и здравом смысле, оказываются равноценными с началами науки, религии, права и т. п. Как добиться солидарности столь различных идей в противостоянии злу, согласованности их планов и интересов в рамках гражданского общества?

Во времена Платона и Аристотеля право выражать смысл общих для всех интересов и ценностей принадлежало философии. Вспомним, как платоновский Сократ постоянно возвращается к идее, что причина войн, раздоров и всяческого неблагополучия в человеческой жизни лежит в незнании идеи блага, открытой философам. В Средние века роль сословия всеобщности играли священнослужители. Именно они разъясняли для всех всеобщие начала индивидуальной и общественной жизни. В Новое время, особенно в рамках идеологии Просвещения, монопольное право выступать от имени всеобщего имели ученые. Путь к всеобщему благу лежал через открытие универсальных законов природы и общества. К концу XX в., как это ни печально для господ философов, священнослужителей и ученых, в современных обществах, в том числе и российском, исчезла привилегированная позиция сословия всеобщности. Ее нет, и ностальгия по реставрации старых добрых времен ничего, кроме душевного ожесточения, самоизоляции в стенах библиотек, келий или лабораторий, не даст. Тенденция к самоизоляции ни на чем, кроме как на собственном маловерии (недоверии к собственным началам) и небрежении к первичному собственному призванию свидетельствовать в мире об истине не покоится. Никто не обладает естественным правом быть учителем всех, быть пастырем всего общества как единой религиозной общины. У нас, граждан России, нет ни единой на всех философии, ни единой на всех религии, ни единой на всех науки. Нет, не может и не должно быть, единой точки зрения. Грезы о единстве, особенно когда они становятся политической идеологией, хотят того или не хотят грезящие заединщики, прокладывают дорогу к войне и новой диктатуре. Если мы хотим жить в мире друг с другом, необходимо признать право другого на инакомыслие и инакочувствование того, что собой представляет истина или благо. Нас, как общность, объединяют формальные, идеологически пустые (вне идейной пустоты «люди идеи» миром не разойдутся) рамки правового общества. Отношения между многоразличными «нами» связывает и упорядочивает всеобщая «пустота» универсальных прав человека. Правовая пустотность является началом современной гражданской общности, условием того, что мы все вместе в результате открытого публич-

ного обсуждения сможем прийти к согласию и договору относительно того, как мы различаем добро и зло, право и противоправные позиции, например, в ситуации аборта.

В качестве примера была приведена ситуация с проблемой аборта. Но таких ситуаций, постоянно возникающих в рамках современной медицинской деятельности, десятки. Они порождены в недрах медицины, но для своего решения требуют публичного диалога граждан, совместного поиска гражданского согласия.

Поэтому смысл биоэтики, как особой разновидности интеллектуальной деятельности и социальной практики, заключается в попытке обнаружить возможности диалога и солидарности граждан в защите добра и противостоянии злу в ситуациях, порожденных современной медициной. Практика биоэтики постепенно формирует язык публичного обсуждения острейших жизненно важных проблем у людей, принципиально по-разному объясняющих, что истинно, а что ложно. Возникает насущный для граждан правового государства навык достижения согласия в различении добра и зла.

Овладение языком публичного диалога расширяет пространство коммуникабельности между гражданами, приобщает их к началам особого рода могущества. Они могут теперь по-иному осознавать свою общность и утверждать свое уникальное присутствие в ней. Тем самым происходит образование нового измерения «Я», могущего в честном равноправном диалоге открыть специфический уникальный смысл своего существования для другого и одновременно в рамках той же самой открытости открыть для себя уникальный смысл другого инакомыслящего и инакочувствующего «Я». Начала публичного дискурса радикально отличаются от начал философской метафизики, религиозного опыта или научного знания. Последние интерпретируются адептами как присутствующие в вечности, как то, что нужно открыть человеку и далее послушно следовать предначертаниям идей Божества или Природы. В ситуации публичного диалога человек вынужден взять ответственность за установление начала на себя.

Тем самым в результате тяжелейшего труда публичных биоэтических обсуждений как бы вылепливается новый образ не только индивидуального «Я», но и нашей общности – «Мы» – того пространства идейной и ценностной открытости, которое объемлет и обнаруживает неустранимое присутствие других друг другу, связанных небезразличной заинтересованностью в согласном различении добра и зла.

Здесь чрезвычайно уместно вспомнить мудрость русского языка, называющего близкого человека, чья инаковость мне открыта и приемлема (коммуникабельна), другом, т. е. другим. Далекого, чужого мне человека, чью

инаковость в качестве истины я не признаю, а следовательно, считаю приемлемым мерить его своей мерой (не как другого) – недругом...

Итак, название статьи «К началам биоэтики» имеет в виду и начальные шаги на пути самообразования некоего нового (биоэтического) измерения нашей гражданской общности в процессах публичных диалогов по проблемам, порождаемым современной медицинской практикой, и идеальный предел (начало), к которому это движение устремлено.

Биоэтика, как и любое другое изобретение человеческого духа, конечно, т.е. не является моральной панацеей. Она хороша в свое время, в своем месте и в своей мере. На этот счет не должно быть иллюзий. Никаких обещаний чудесного, освобождающего плоть и облегчающего дух решения проблем, рассматриваемых биоэтикой, давать не следует. Пожалуй, даже наоборот, одной из главных задач, особенно в начале пути, должна быть попытка спровоцировать у граждан угнетающее чувство вины – ответственности за ту варварскую социальную форму, в которой ситуации возникают и разворачиваются в нашей стране. Нам всем предстоит как бы вновь пережить тот опыт детства, когда хочется сказать, объяснить другим, что тебя мучает, но нет языка для выговаривания этого состояния. Этого языка нет ни у кого, поскольку только в реальном диалоге с другими соотечественниками он может родиться.

4.5. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений

Большая часть моральных проблем возникает в медицинской практике там, где ни состояние здоровья больного, ни назначаемые ему процедуры сами по себе их не порождают. В повседневных контактах с пациентами преимущественно не возникает случаев в моральном плане неординарных. Для женщины, которая пять часов проводит в клинике с двумя плачущими детьми, ожидая их осмотра на грипп, сам грипп не представляет моральной проблемы – таковой является ожидание. И когда студенты-медики обучаются брать кровь на анализ у прикованных к постели больных из отделения кардиологии – то в действительности моральная проблема не так связана с сердцем больного человека, как это могло бы быть при более неординарном случае – при трансплантации этого органа. Однако анализ крови берется куда больше, чем производится операций по пересадке сердца. И лишь перейдя от узкоспециальных к более фундаментальным моральным вопросам, можно начать разговор о подлинных моральных проблемах медицины.

Самая фундаментальная проблема современной медицинской этики состоит в том, что охрана здоровья должна быть правом человека, а не привилегией для ограниченного круга лиц, которые в состоянии себе ее позволить. Медицина не всегда шла по этому пути, и тем более в наши дни она не идет

по этому пути. Однако эта норма, как моральное требование, завоевывает все большее признание. В осуществление этого изменения свой вклад внесли две революции: биологическая и социальная. Как бы оскорбительно ни звучало это сейчас, но вплоть до нынешнего столетия охрану здоровья можно было рассматривать как роскошь. Во всяком случае, настоящих выздоровлений продолжительного характера было очень мало. В наши дни, благодаря революции в биологии, охрана здоровья стала весьма значимой для жизни, свободы и поиска счастья. Благодаря социальной революции, на деле бывшей революцией в нашем понимании справедливости, охрана здоровья стала правом каждого человека. И если туманная фраза «все люди рождаются равными» что-нибудь значит применительно к медицине, для которой не является секретом, что с биологической точки зрения индивиды не равны, то она означает, что люди равны с точки зрения законности их моральных требований. Индивиды должны рассматриваться как равные в том, что связано с их человеческими качествами: достоинством, свободой, индивидуальностью. Так, объявление на фасаде престижной современной больницы: «Пациенты, принимающие фенадон, пользуйтесь черным входом!», морально оскорбительно, даже если оно означает лишь то, что фенадоновое отделение находится за той дверью. Она на удивление похожа на надпись: «Места для цветных в конце автобуса!». Учитывая право человека на охрану здоровья, какие модели отношений между медиками-профессионалами и обычными людьми позволяют охватить эти и другие основные моральные проблемы?

Модель технического типа. Одно из следствий биологической революции – возникновение врача-ученого. Нередко врач ведет себя как ученый-прикладник. Научная традиция заключается в том, что ученый должен быть беспристрастным. Он должен опираться на факты, избегая всех ценностных суждений. Лишь после создания атомной бомбы и медицинских исследований нацистов мы осознали всю глупость и опасность такой позиции. Впервые, ученый, в том числе и прикладник, просто не может быть свободным от ценностей. Каждый день он вынужден осуществлять выбор: при определении цели исследования, при выяснении степени значимости статистических данных, при отборе из бесконечной области опытных данных таких данных наблюдения, которые являются важными. И для каждого из этих форм выбора в качестве обоснования необходима система ценностей. Выбор того, что имеет значение, что представляет ценность, должен производиться постоянно. И это тем более верно по отношению к прикладным наукам, в том числе и к медицине. Врач, который полагает, что его задача в том, чтобы предоставить все данные пациенту, а решение – за пациентом, обманывает себя, даже если признать, что во всех критических ситуациях, там, где необходимо сде-

лать решающий выбор, такой образ действий был бы в моральном смысле здравым и ответственным. Более того, даже если в процессе принятия решения врач смог бы избежать суждений морального и иного ценностного характера, даже если бы ему удалось на деле осуществить неосуществимый идеал свободы от ценностных суждений, то такой образ действий был бы оскорбительным для него самого с моральной точки зрения. Он превратился бы в техника, в водопроводчика, который соединяет трубы и промывает засорившиеся системы, не мучаясь никакими вопросами.

Модель сакрального типа. Моральное отвращение к модели, в которой врач превращается в водопроводчика, полностью лишённого собственных моральных установок, приводит к тому, что впадают в другую крайность, превращая врача в нового священника. Известный социолог медицины Роберт Н. Вильсон характеризует эту модель взаимоотношения «врач-пациент» как сакральную. «Кабинет врача или больничная палата, например», – говорит он – «имеет некую ауру святости: ...пациент вынужден смотреть на своего врача как на человека, отстранённого от всего прозаического и мирского».

Модель сакрального типа приводит к тому, что можно назвать «синдромом как». Проявляется он в словах, но сама болезнь носит моральный характер. Основным диагностическим признаком служит фраза: «говоря как...» Так, консультируя женщину, принимавшую во время беременности талидомид, врач говорит: «Шансы не в пользу рождения нормального ребенка и, говоря вам как врач, в данной ситуации риск не оправдан». Следует спросить, что позволяет человеку с медицинским образованием произносить эти слова как врача, а не как друга, как нравственного человека или как священника? Проблематично уже расширение действия специальных знаний – их перенос из технической области в область моральных рекомендаций.

Основной моральный принцип, который выражает традицию сакрального типа, гласит: «Оказывая пациенту помощь, не нанеси ему вреда». Современная критика принципа ненанесения вреда пациенту в чем-то созвучна критике патриархата (матриархат на Западе не был доминирующим). Патриархат, господствовавший длительное время, – это лишь иная форма выражения той же модели сакрального типа. Слово «отец» традиционно служило метафорой для Бога и для священника. И в классической литературе по медицинской социологии, в той же самой литературе, которая использует религиозные образы в качестве аналогии для выражения взаимосвязи «врач – пациент», всегда употребляются образы родителя и ребенка. Именно такой патернализм в сфере ценностей и выражен в моральном принципе: «Оказывая пациенту помощь, не нанеси ему вреда». Лишая пациента возможности принимать решения, он перекладывает ее на врача. Тем самым патернализм ликвидирует или, по

крайней мере, сводит до минимума все другие моральные основания, необходимые для сбалансированной этической системы. И хотя группа медиков-профессионалов может утвердить этот принцип в качестве принципа профессиональной морали, ясно, что в обществе существует гораздо более широкий набор моральных норм. И если группа медиков-профессионалов принимает одну норму, а общество при тех же обстоятельствах – другую, то врач попадает в неудобное положение, обязывающее его решить: солидаризироваться ли с нормами профессиональной группы или с нормами более широких слоев общества. Этот более широкий набор норм может включать в себя следующее:

- приносить пользу и не наносить вреда. Ни один человек, чуждый предельно зауженной кантианской традиции, не может снять моральную обязанность приносить пользу и при этом полностью избежать нанесения вреда. Некоторые этики считают приношение пользы и ненаношение вреда двумя различными принципами, придавая большой моральный вес последнему принципу. Это характерно и для профессиональной медицинской этики. В действительности же различие состоит в том, что в той совокупности моральных норм, которыми руководствуются широкие слои общества, принцип: «Принося пользу, не нанеси вреда», существует в широком контексте и составляет лишь один элемент всего множества моральных обязанностей;

- защищать личную свободу. Фундаментальной ценностью нашего общества является личная свобода. Она необходима для человека. Личная свобода и врача, и пациента должна защищаться, даже если кажется, что это может нанести какой-то вред. Вот почему определенным пациентам, заранее осведомленным законным образом, общество разрешает отказываться от процедуры переливания крови или от других видов медицинской помощи, хотя большинству людей кажется, что в результате этого больному наносится огромный вред. Мнение никакой частной группы не может служить авторитетом при решении вопроса о том, что приносит пользу, а что наносит вред (когда противятся назначению процедур, необходимых для достижения заранее определенных полезных или вредных результатов). Допустить обратное означает ошибочно расширить сферу действия специальных знаний;

- охранять человеческое достоинство. Равенство всех людей по их моральным качествам означает, что каждый из них обладает основными человеческими достоинствами. Личная свобода выбора, контроль за своим телом и за собственной жизнью содействуют реализации человеческого достоинства – это этика, которая развивается по ту сторону идей Б. Ф. Скиннера. Многие шаги в процессе госпитализации, оказания медицинской помощи и содержания пациентов, особенно тяжело больных, включают в себе угрозу человеческому достоинству. Истощенному, дряхлому человеку, которого с жизнью

связывают внутривенные трубки, трахеотомия и колостомия, трудно поддерживать чувство собственного достоинства. И ничего нет удивительного в том, что многие предпочитают возвратиться домой и там умереть. Ведь именно там, под родным кровом, они обретают силы и чувство достоинства;

- говорить правду и исполнять обещания. Моральные обязанности – говорить правду и исполнять обещания – столь же здравые, сколь и традиционные, сохраняют свое место в этике, так как они необходимы для человеческих отношений. Можно лишь сожалеть о том, что эти основания человеческого взаимодействия находятся под угрозой низведения до минимума и даже устранения ради того, чтобы провести принцип «не нанеси вред пациенту». Эта проблема гораздо более широкая и она не сводится к тому, говорить ли правду больному с терминальной раковой опухолью или беременной женщине, у которой при проведении амниоцентиза на монголизм, в матке была обнаружена ХУУ хромосома. Эта проблема возникает уже тогда, когда мальчику, которому делают прививку от кори, говорят: «Она не причинит тебе ни малейшего вреда», или когда студента-медика представляют в больнице как доктора. Все эти случаи могут быть оправданы, как способы избежать нанесения вреда пациенту. Но несомненно, что и в каждом отдельном случае (особенно если учесть продолжительность утраты доверия), и на протяжении длительного периода подобного рода нарушения принципа говорить правду и исполнять обещания могут нанести вред, а не принести какую-то пользу. И мальчик, которому делают прививку, и студент-медик догадываются, чего им ждать в дальнейшем от медицины. Но даже без этого каждый подобный случай – это покушение на достоинство, свободу и гуманность. Иногда такие действия могут быть оправданы, однако оправдательные аргументы должны быть очень вескими;

- соблюдать справедливость и восстанавливать ее. Моральные нормы широких слоев общества выходят за пределы обязанности оказания пациенту помощи и ненанесения ему вреда еще в одном требовании – требовании справедливого распределения услуг в здравоохранении. То, что мы метафорически называли социальной революцией, усилило нашу озабоченность равенством в распределении основных медицинских услуг. Если охрана здоровья – право, то это право – для всех. Недостаточно демонстрировать индивидуальные случаи крепкого здоровья и благополучные статистические данные о здоровье населения. Даже если бы статистические данные свидетельствовали о том, что состояние здоровья населения США наилучшее в мире (что, конечно, не так), и если бы эти показатели были достигнуты за счет уменьшения заботы об охране здоровья определенных групп людей внутри общества, то это было бы с моральной точки зрения неприемлемым.

В данный момент истории вопрос о справедливости в распределении медицинских услуг вызывает особую озабоченность вследствие высокого уровня дискриминации. Справедливость требует возмещения. Здоровье тех, кто подвергся дискриминации, должно быть поддержано и восстановлено в первую очередь.

Модель коллегиального типа. В модели технического типа врач превращается в водопроводчика, лишенного каких-либо моральных качеств. В модели сакрального типа моральный авторитет врача оказывает такое влияние на пациента, что подавляет его свободу и достоинство. Пытаясь более адекватно определить отношение «врач – пациент», сохранив фундаментальные ценности и обязанности, некоторые этики говорят о том, что врач и пациент должны видеть друг в друге коллег, стремящихся к общей цели – к ликвидации болезни и защите здоровья пациента. Врач – это «друг» больного. Именно в модели коллегиального типа доверие играет решающую роль. Когда два человека или две группы людей действительно отстаивают общие цели, их доверие оправдано, их модель коллегиального типа адекватна. Таков солидарный способ взаимодействия соратников. Здесь налицо равенство и в достоинстве, и в уважении, и в мире содействия, что не было присуще предыдущим моделям.

Однако социальный реализм вынуждает нас задать непростой вопрос: существует ли на деле какая-то реальная почва для взаимодействия, для общих целей и интересов, что и позволило бы использовать модель неуправляемого сообщества коллег в отношениях «врач-пациент»?

Какие-то признаки сообщества, движимого реальными общими интересами, возникли в радикальном движении в защиту здоровья в бесплатных клиниках, но все же надо констатировать, что этнические, классовые, экономические и ценностные различия между людьми превращают принцип общих интересов, необходимых для модели коллегиального типа, в пустую мечту. Необходимо создать модель, в большей мере соответствующую условиям и допускающую равенство между пациентом и врачом в сфере морали, не принимая утопическую посылку коллегиальности.

Модель контрактного типа. Модель социальных отношений, которая соответствует реальным условиям, – это модель, основанная на контракте или соглашении. В понятие контракта не следует вкладывать юридический смысл. Его следует трактовать скорее символически, как традиционный религиозный или брачный обет. В нем два индивида или две группы людей действуют на основе взаимных обязательств и ожидающейся взаимной выгоды. Но обязанности и выгода, даже если они выражены несколько туманно, имеют свои границы. Основные принципы свободы, личного достоинства, честности, ис-

полнения обещаний и справедливости необходимы для модели контрактного типа. Ее предпосылкой служат доверие, даже когда видно, что полной взаимности интересов нет. Социальная поддержка связана с легитимизацией данного взаимодействия и обеспечивает его осуществление в случае нарушения договора. Однако считается, что в большинстве случаев принятые обязательства будут неукоснительно соблюдаться.

Лишь в модели контрактного типа может существовать подлинное разделение морального авторитета и ответственности. Она позволяет избежать отказа от морали со стороны врача, что характерно для модели технического типа, и отказа от морали со стороны пациента, что характерно для модели сакрального типа. Она позволяет избежать ложного и неконтролируемого равенства в модели коллегиального типа. В отношениях, основанных на контракте, врач осознает, что, в случаях значимого выбора, за пациентом должна сохраняться свобода управлять своей жизнью и судьбой. Если же врач не сможет жить в согласии со своей совестью, вступив в такие отношения, то контракт или расторгается, или не заключается. Это означает, что необходимо провести более глубокое обсуждение моральных оснований, на которых зиждутся решения медицинских проблем, до того или по мере того, как эти решения будут приниматься.

В модели контрактного типа у пациента есть законные основания верить, что, поскольку исходная система ценностей, используемая при принятии медицинских решений, коренится в системе ценностей самого пациента, множество разных решений, которые врач должен принимать ежедневно при оказании помощи пациентам, будет осуществляться в соответствии с ценностными ориентациями больного.

Кроме того, в модели контрактного типа решения принимаются так, что сохраняется уверенность в то, что и пациент, и врач морально чистоплотны. В контексте контрактных отношений на индивидуальном уровне контроль пациента за принятием решений обеспечивается без обязательного участия больного в выработке каждого тривиального решения. Подобным же образом на социальном уровне осуществляется контроль общины в сфере здравоохранения. Сообществу непрофессионалов предоставляется (и следует предоставлять) статус субъекта, вступающего в контрактные отношения. Решения, таким образом, принимаются сообществом непрофессионалов, однако повседневные медицинские решения могут приниматься медицинскими работниками на основе доверия. Если же доверие утрачивается, то расторгается и контракт.

Медицинская этика в эпоху биологической и социальной революций рассматривает громадное количество новых и трудных моральных проблем: искусственное оплодотворение, нейрохирургия, «пилюли счастья», смерть моз-

га и использование медицинской технологии в военных целях. Однако повседневные кризисные ситуации в моральном плане могут и не быть столь неординарными. Является ли медицинская проблема неординарной или же она не более сложна, чем обычная задачка по физике, – и в том и в другом случае решающую роль в ней будет играть дух моральной ответственности, который зависит от выбора соответствующей модели моральных отношений между сообществами профессионалов и непрофессионалов. Это и есть подлинное основание для медицинской этики в эпоху революционных преобразований.

4.6. Принцип информированного согласия – вызов патернализму

«Опекунская» модель отношений между людьми теряет свои позиции в общественной жизни. Взяв старт в политике, идея партнерства проникла в самые сокровенные уголки жизни человека.

Не осталась в стороне от этого процесса и медицина. Патернализм, традиционно царивший в медицинской практике, хотя и с большим сопротивлением, но все же уступает место принципу сотрудничества. Нравственная ценность автономии пациента оказалась столь высока, что благодеяние врача вопреки воле и желанию пациента стало считаться недопустимым.

Центром движения за права пациентов явилась больница, символизирующая всю современную медицину с ее разветвленностью, насыщенностью разнообразной аппаратурой, повышенной уязвимостью пациента. В отличие от других движений за гражданские права, борьба за права пациентов развернулась не по инициативе заинтересованной стороны. Решающую роль сыграли администраторы больниц и их организация – Американская ассоциация больниц.

В 1969 г. действовавшая в США Объединенная комиссия по аккредитации больниц издала документ, в котором обозначила проблемы пациентов. Многочисленные группы активистов предложили переиздать документ, обратив внимание на потребности и будущее пациентов. Затем Американская ассоциация больниц стала активно обсуждать вопросы прав пациентов и одобрила билль о правах в конце 1972 г. (опубликован в 1973 г.). Право пациентов на автономию впервые получило официальное признание. Это был революционный документ по сравнению с традиционным гиппократовским патернализмом, поскольку впервые врачи были лишены монопольного права на принятие решений.

Среди прав пациента, принятых Американской ассоциацией больниц, первостепенное значение имеет право на информацию, необходимую для информированного согласия. Именно с конца 1972 г. так называемое право ин-

формированного согласия перемещается в центр исследований американской биоэтики и получает широкое распространение в медицинской практике.

Под информированным согласием понимается добровольное принятие пациентом курса лечения или терапевтической процедуры после предоставления врачом адекватной информации. Можно условно выделить два основных элемента этого процесса: предоставление информации и получение согласия. Первый элемент включает в себя понятия добровольности и компетентности. Врачу вменяется в обязанность информировать пациента о характере и целях предлагаемого ему лечения, связанном с ним существенном риске, возможных альтернативах данному виду лечения.

С этической точки зрения понятие альтернативы предложенному лечению является центральным в идее информированного согласия. Врач дает совет о наиболее приемлемом с медицинской точки зрения варианте, но окончательное решение принимает пациент, исходя из своих нравственных ценностей. Таким образом, доктор относится к пациенту как к цели, а не как к средству для достижения другой цели, пусть это будет даже здоровье.

Особое внимание при информировании уделяется также риску, связанному с лечением. Врач должен затронуть четыре аспекта риска: его характер, серьезность, вероятность его материализации и внезапность материализации. Поскольку речь идет о раскрытии существенного риска, то возникают вопросы, в каких случаях считать риск существенным, скажем, будет ли существенным серьезный риск, вероятность материализации которого минимальна. В некоторых штатах Америки законодательные или подзаконные акты включают перечни риска, о котором врач должен информировать пациента. Такой подход, по мнению американских биоэтиков, облегчает врачу его задачу, но ведет к деперсонализации отношения врач-пациент, что противоречит этическому смыслу информированного согласия.

Ответ на вопрос «как (в каком объеме)?» информировать пациента связан с проблемой так называемых стандартов информирования. Первоначально в медицинской и судебной практике при оценке объема и характера сообщаемой пациенту информации руководствовались профессиональным критерием, требовавшим от врача предоставления такой информации, какую большинство других врачей дали бы в таких же обстоятельствах. Затем этот критерий был отвергнут в пользу стандарта разумной личности, согласно которому пациент должен быть снабжен любой информацией, которую разумная личность хотела бы иметь, для того, чтобы принять решение о лечении. И наконец, в последнее время все большее влияние получает субъективный стандарт, требующий, чтобы врачи, насколько возможно, приспособливали информацию к конкретным интересам отдельного пациента.

С точки зрения этики, субъективный стандарт является наиболее приемлемым, так как он опирается на принцип уважения автономии пациента, признает независимые информационные потребности и желания лица в процессе принятия непростых решений. Информация должна дифференцироваться, поскольку у пациента могут быть индивидуальные или неортодоксальные убеждения, необычные проблемы, связанные со здоровьем, уникальная история семьи и т. п. Речь идет, разумеется, только о предоставлении медицинской информации.

В начальный период формирования доктрины информированного согласия основное внимание уделялось вопросам предоставления информации пациенту. В последние годы ученых и практиков больше интересуют проблемы понимания пациентом полученной информации, а также достижение согласия по поводу лечения.

Добровольное согласие – принципиально важный момент в процессе принятия медицинского решения. Добровольность информированного согласия подразумевает неприменение со стороны врачей принуждения, обмана, угроз и т. п. при принятии пациентом решений. Можно говорить в связи с этим о расширении сферы применения морали, моральных оценок и требований по отношению к медицинской практике. Отказ от патерналистской этики с ее ненасильственным благодеянием сопровождался переоценкой ценностей традиционных принципов медицины и, в частности, принципа «святая ложь». Правда, пусть жестокая, сегодня получает приоритет в медицине. Врачу вменяется в обязанность быть более честным со своими пациентами.

Однако, допустим, доктор не прибегает к обману, угрозам и другим грубым формам манипулирования пациентом. И все же, где гарантии, что нет нажима со стороны врача? Когда пациент действительно свободен, чтобы дать добровольное согласие? Непростой вопрос. В США решение этого вопроса входит в компетенцию комитетов по этике. В таком подходе ценно индивидуальное рассмотрение каждого случая.

Обеспечить добровольность согласия в какой-то мере помогает формуляр согласия, заполняемый пациентом. Это документ, подтверждающий, что «переговоры» между врачом и пациентом прошли удовлетворительно. Формуляр подписывается не только двумя заинтересованными сторонами, но и свидетелем.

Вместе с тем заполнение формуляра, соответствующего предъявляемым требованиям, является необходимым, но недостаточным условием в достижении целей информированного согласия. Важнейшим моментом является понимание пациентом полученной информации.

Под компетентностью в биоэтике понимается способность принимать решения. Выделяются три основных стандарта определения компетентности:

- способность принять решение, основанное на рациональных мотивах;

- способность прийти в результате решения к разумным целям;
- способность принимать решения вообще.

Таким образом, общим стандартом компетентности является следующий: лицо компетентно, если и только если это лицо может принимать приемлемые решения, основанные на рациональных мотивах.

Особенно актуальна проблема компетентности для психиатрии. В современной правовой психиатрии лицо не считается некомпетентным только на основании факта психической болезни. Если способность принимать решения не повреждена патологией, то пациент имеет право выбора из возможных альтернативных видов лечения и право на отказ от лечения. Это конкретное проявление отхода психиатрии от патернализма и утверждения таких нравственных ценностей, как уважение личности и автономия индивида.

Существуют две основные модели информированного согласия – событийная и процессуальная.

В событийной модели принятие решения означает событие в определенный момент времени. На практике это выглядит следующим образом. После оценки состояния пациента врач ставит диагноз и составляет рекомендуемый план лечения. Заключение и рекомендации врача предоставляются пациенту вместе с информацией о риске и преимуществах, а также о возможных альтернативах и их риске и преимуществах.

Взвешивая полученную информацию, пациент обдумывает относительный риск и преимущества каждого вида лечения и затем делает медицински приемлемый выбор, который наиболее соответствует его личным ценностям. На поверхности эта модель вполне соответствует основным требованиям информированного согласия. Акцент делается на предоставление полной и точной информации пациенту в момент принятия решения. Однако в событийной модели недостаточно учитывается понимание пациентом полученной информации, и возможность для размышления и интеграции информации в систему ценностей пациента невелика.

В противоположность событийной модели процессуальная модель информированного согласия основывается на идее о том, что принятие медицинского решения – длительный процесс, и обмен информацией должен идти в течение всего времени взаимодействия врача с пациентом. Лечение здесь подразделяется на несколько стадий, которые могут быть охарактеризованы с помощью основных задач, которые они ставят:

- 1) установление отношений;
- 2) определение проблемы;
- 3) постановка целей лечения;
- 4) выбор терапевтического плана;
- 5) завершение лечения.

В процессуальной модели пациент играет более активную роль по сравнению с относительно пассивной ролью в событийной модели; создаются более благоприятные условия для реализации самоопределения пациента. Эта модель позволяет освободиться от формального отношения врача к больному и от рецидивов патернализма, проявляющихся в ограничении контроля со стороны пациента над ходом лечения.

В целом, поворот к доктрине информированного согласия стал возможен благодаря пересмотру концепции целей медицины. Традиционно считалось, что первая цель медицины – защита здоровья и жизни пациента. Однако нередко достижение этой цели сопровождалось отказом от свободы больного, а значит, и от его личности. Пациент превращался в пассивного получателя блага, в объект манипуляций.

Главная цель современной медицины – помощь благополучию пациента; восстановление здоровья подчинено этой цели, как одной из составляющих элементов.

Модель совместного принятия врачом и пациентом решения о лечении признает, что обе стороны приносят нечто существенное в правильный выбор лечения. Врачи на основании своего опыта дают экспертизу относительно прогнозов лечения, но только пациент знает свои ценности, которые приобретают решающее значение при оценке ожидаемых результатов от лечения.

Уважение автономии индивида является одной из основополагающих ценностей цивилизованного образа жизни. Любой человек заинтересован в том, чтобы принимать решения, влияющие на его жизнь, самостоятельно. Сегодня самоопределение индивида есть высшая ценность, и медицинское обслуживание не должно являться исключением.

4.7. Биоэтика и психиатрия

«Все люди рождаются свободными и равными в своем достоинстве и правах». (Всеобщая декларация прав человека, 1949 г.). Возникшая около 20 лет назад, биоэтика явилась ответом на так называемые проблемные ситуации в современной клинической практике: эвтаназию, искусственное оплодотворение, пересадку жизненно важных органов и др. Принципиальная новизна проблемных ситуаций заключается в следующем:

1) они связаны с теми направлениями медико-биологической науки и практики, где врачи и ученые манипулируют процессами рождения и умирания;

2) в рамках проблемных ситуаций некоторые классические этические стандарты врачевания обнаружили очевидную недостаточность. Поиск выходов из проблемных ситуаций – это нечто большее, чем просто моральный выбор того или другого конкретного врача, это человечество перед выбором.

Для многих людей проблемные ситуации означают открытый характер самого идеала гуманности;

3) широкое обсуждение проблемных ситуаций в современном обществе стало манифестацией идеологии защиты прав человека в медицине. В связи с последним обстоятельством некоторые основополагающие проблемы биоэтики оказались исключительно близки по содержанию морально-этическим дилеммам, возникающим при оказании психиатрической помощи. Более того, традиция их осмысления и опыт их решения в истории психиатрии во многом предвосхищают современную биоэтику. Дилемма патерналистского и непатерналистского подходов в современной медицине является сквозной для всей биоэтики. Патерналистская модель взаимоотношений врача и пациента основывается на нескольких предпосылках: в условиях врачевания здоровье и жизнь человека являются безусловно приоритетными ценностями; этическая позиция врача однозначно выражается древней максимой «*Salus aegroti – suprema lex*» («Благо больного – высший закон»); характер моральных взаимоотношений здесь заведомо асимметричен – всю (или почти всю) полноту ответственности за принятие клинических решений врач берет на себя. Напротив, непатерналистская модель взаимоотношений врача и пациента исходит из приоритета моральной автономии пациента, в силу чего ключевой категорией такого подхода становится категория прав пациента. В условиях сегодняшней «атаки» на медицинский патернализм необходимо подчеркнуть, что последний есть определенная концепция врачебного гуманизма. Отношение к больному с этической позиции милосердия, заботы, опеки, покровительства, снисходительности морально оправданно, если больной персонифицирует страдание, беспомощность, заведомую стесненность свободы жизнедеятельности.

Патерналистское начало сыграло чрезвычайно важную роль в истории психиатрии. С утверждением патерналистских взаимоотношений врача и психически больного связано, во-первых, самоопределение психиатрии как самостоятельной медицинской дисциплины, а во-вторых, формирование отношения общества к помешанным как к больным людям. До этого отношение к ним в западноевропейских странах было по преимуществу полицейским. Приведем хотя бы один пример. В 80-е гг. XVIII в. в Лондоне была снижена до 1 пенса плата за посещение Бедлама (где можно было видеть прикованных к стенам совершенно голых больных, сидящих на соломе), что сразу же вызвало приток публики. Отношение к помешанным как к больным людям начинает устанавливаться почти одновременно во Франции и Англии в самом конце XVIII в.

Главная заслуга того, что сумасшедшие были подняты до достоинства больных, принадлежит французскому врачу Филиппу Пинелю, который в 1793 г. снял цепи с больных в парижской государственной больнице Бисетр.

Его реформа психиатрии сразу же оказалась апофеозом врачебного патернализма. Пинель сравнивает своих пациентов с детьми, а созданный им тип психиатрической больницы – с семьей. Совет Пинеля врачам – жить среди больных – в последующем был исполнен многими психиатрами, в том числе и в России. Патернализм Пинеля – это нечто большее, чем просто этическая позиция, в патернализме суть его терапевтического метода, так называемого нравственного лечения, в применении которого исключительная роль принадлежит врачу – его нравственному и физическому превосходству. Именно врач – носитель норм благоразумного поведения и «главный архитектор» всего больничного порядка, подчиняясь которому, соблюдая который пациенты обретают навыки, стандарты нормального поведения. Пинель советует разные средства (заботу, покровительство, ласку, снисходительность, кротость, назидательность, взыскательность, увещевания, шутливость, «гордое и смелое поведение» врача или зрителя и т. д.) – лишь бы добиться цели: покорить больного, завоевать его доверие. Пинель своих пациентов учит свободе и даже принуждает к свободе. Идея принуждения к свободе трансформируется у него в допустимость в отношении некоторых больных (кто «одержим слепой яростью») разумных мер стеснения при помощи «камзола» (смирительной рубашки) и временной изоляции.

Спустя 50 лет английский врач Джон Конолли углубляет собственно этический аспект врачебного метода Пинеля и предлагает исключить в отношении душевнобольных любые меры стеснения. Спор вокруг предложенной Конолли системы «No restraint» («Никакого стеснения») стал общеевропейским, а английская фраза «No restraint» стала интернациональной. Этот исторический спор оказался глубоко символичным, однако сама доктрина врачебного патернализма им никак не была затронута. Более того, патерналистская модель психиатрической помощи преобладала во всем мире вплоть до середины XX в.

Предвестником кризиса врачебного патернализма в психиатрии в западных странах стал кризис психиатрических больниц, начавшийся в 50-е гг. XX в. В 1955 г. комитет экспертов ВОЗ высказался о необходимости расширения лечения психических больных без изоляции от общества. В 60-70-е гг. в психиатрии США активно проводится новая политика – политика деинституционализации психических больных (которую называют «10-летней атакой на психиатрические больницы»). Основная причина заключалась в широком применении к тому времени для лечения психозов психотропных средств, в результате чего в психиатрических больницах стали скапливаться больные, которых, в силу сложившихся традиций, не выписывали из больницы, но которые, по сути дела не нуждались в стационарном лечении. Старые психиатрические больницы критиковались за их огромные размеры, за удаленность от места постоянного проживания большинства пациентов, но в особенности за

общую направленность деятельности, ориентированной больше на призрение и опеку, чем на реабилитацию больных.

Здесь следует обратить внимание на давно известный в медицине феномен госпитализма. Восходящее к Пинелю представление о помещении в больницу как безусловном благе для душевнобольных обернулось для многих из них многолетним (а то и пожизненным) пребыванием в больничных условиях. Проницательные врачи-клиницисты давно отмечали негативные стороны госпитализма: утрату социальной активности, разрыв социальных (в особенности – семейных) связей, эмоциональную изоляцию, хронизацию патологии и т. д. Налицо парадокс. В свое время Пинель видел в содержании помешанных на цепи причину многих болезненных проявлений у них и противопоставил такому варварскому отношению к больным содержание и лечение их в больнице, причем определенный им и его последователями внутренний больничный порядок во многом существует и поныне. Теперь же в связи с феноменом госпитализма причину болезненных симптомов у немалой части пациентов стали усматривать в условиях их содержания в больницах и в длительных сроках лечения.

Характерный итог шизофренического процесса (специфический дефицит или дефект личности) некоторые авторы стали объяснять как больничный артефакт, т. е. как проявление госпитализма. С нашей точки зрения, последнее суждение – это всего лишь метафора, подчеркивающая, однако, важность феномена госпитализма и с точки зрения этики. Концепция врачебного гуманизма, основывающаяся на фетишистском отношении к больничной помощи пациенту и ограниченная одним лишь принципом «нестеснения», в конце концов, обнаруживает свою этическую уязвимость.

В то же время сделанный вывод из истории антигоспитального движения отражает лишь одну сторону истины. В США широкомасштабное, в рамках всей страны, движение за психиатрию «без больничной койки» привело к массовому закрытию государственных психиатрических больниц. Одновременно повсеместно создавались Общественные центры психического здоровья, ориентированные в основном на психопрофилактику, амбулаторную помощь и краткосрочную госпитализацию. Это имело немало негативных социальных последствий. За счет душевнобольных резко выросло число бездомных и бродяг (например, сотрудников библиотеки конгресса США снабдили инструкцией с правилами обращения к таким лицам). Акцент на краткосрочной госпитализации имел следствием рост случаев регоспитализаций («парад одних и тех же лиц»). Основное негативное следствие политики деинституционализации заключалось в том, что новая система психиатрической помощи оказалась неспособной обеспечить квалифицированной медицинской помощью наиболее тяжелый контингент больных. В последние годы в США полу-

чили развитие различные формы психиатрической помощи: частичная госпитализация, психиатрическое обслуживание в больницах общего типа и т. д.. В контексте этой эволюции некоторый возврат к идее больничной психиатрии (реинституционализация) нам представляется показательным — тем самым патерналистская этическая доктрина в психиатрии в определенном смысле устояла. Одновременно в 60-е гг. в Европе, а затем и в Америке вокруг психиатрии разворачивались, может быть, еще более драматические события, тоже по своему предвосхитившие некоторые сюжеты и концепции биоэтики. Речь идет о движениях антипсихиатров, утверждавших, что психических болезней нет (а есть «микросоциальные кризисные ситуации»); что психиатрический диагноз (в основном имелся в виду диагноз шизофрении) — это «социальный ярлык», а также «оргазм врача-психиатра»; что психически больных нет, но есть всего лишь «анормальные индивиды», которых общество с помощью психиатров изолирует; что психиатрия — не наука, а психиатры — не врачи, а «полицейские в белых халатах».

Знакомые уже нам антигоспитальные мотивы приобретают у антипсихиатров гротескный характер. С их точки зрения, вся практика деятельности врачей-психиатров имеет целью отторжение, изоляцию, репрессии, дискредитацию некоторых членов социальной группы в качестве сумасшедшего. Отсюда следует практическая программа антипсихиатров: устранение любых иерархически-репрессивных черт жизни больничных отделений, обучение персонала «новым ролям», обучение «больных» новому пониманию «своего кризиса». Реальные антипсихиатрические эксперименты (в Великобритании, ФРГ и других странах) прежде всего разрушали институциональный порядок психиатрических больниц, отменяли использование психотропных седативных средств. Некоторые антипсихиатры не считали необходимым препятствовать человеку даже в его стремлении к самоубийству. Социальный контекст антипсихиатрии оказался очень близок антипатерналистской идеологии, окончательно оформившейся уже в рамках биоэтики спустя десятилетие после возникновения антипсихиатрии 60-х гг. Антипсихиатры отворяли (в буквальном и переносном смысле) запоры на дверях и окнах психиатрических больниц, распахивали их закрытые внутренние пространства, обличали больничный порядок как некий абсолютный мир отчуждения.

Идеологи антипсихиатрии называли это движение третьей революцией в психиатрии, считая первой — движение против «процессов ведьм» в XVI-XVII вв., а второй — реформу Пинеля. В конечном счете, такая оценка оказалась явно завышенной. С нашей точки зрения, антигоспитальные и антипсихиатрические движения стали предтечей действительно революционных изменений в психиатрии в 70-80-е гг., когда социальный контекст оказания психиатрической помощи стал в основном определяться идеей защиты гражданских прав

душевнобольных. В июне 1992 г. Верховный Совет Российской Федерации принял закон «О психиатрической помощи и правах граждан при ее оказании». Вне всякого сомнения, решающей побудительной причиной проведения интенсивной работы по его подготовке оказалась потребность реализовать в законодательстве сегодняшнего российского государства общепризнанные международным сообществом стандарты прав и свобод человека. Не менее важно и другое: наконец-то восстанавливается порванная связь времен – ведь еще в 1911 г. Н. Н. Баженов представил на обсуждение Первого Всероссийского съезда психиатров отечественный «Проект законодательства о душевнобольных».

Правозащитные движения последней трети XX в. стали заключительным этапом почти 500-летней эволюции общественного сознания в Европе, начало которой положила Реформация, как борьба за веротерпимость. Новая концепция свободы, автономии человека (через персональный характер его отношений с Богом) спустя 200 лет, в XVIII в., приобретает секуляристские черты, а вместе с этим и универсальный характер, что нашло отражение в понятии «естественные неотъемлемые права человека». Это понятие легло в основу первых конституционных хартий – Декларации независимости США (1776 г.) и Декларации прав человека и гражданина Франции (1789 г.). В последующей 200-летней истории европейской цивилизации содержащийся здесь идеал человеческой свободы приобретал конкретное воплощение в институтах современных демократий, в возрастании роли и масштабов социальных программ, в характерных изменениях социального сознания и т. д. С точки зрения исследования предмета особенно важна происшедшая в этот период эволюция правосознания: на смену формуле законности «Все, что не разрешено, запрещено» приходит новая формула: «Все, что не запрещено, разрешено».

В годы Второй мировой войны фашистские преступления против человечества оказались одновременно своего рода социальным экспериментом, идеологией которого стало концептуальное презрение к идее прав человека. Принятая ООН вскоре после войны Всеобщая декларация прав человека (1948 г.) становится выражением самосознания людей как единого человеческого рода, только что пережившего реальную угрозу самому своему существованию. Декларация стала важнейшим документом международного права, апеллирующим к юридическим гарантиям прав-свобод человеческой личности.

Правозащитная идеология начинает оказывать значительное воздействие на психиатрию на рубеже 70-х гг. К тому времени уже добились очевидных успехов в борьбе за свои гражданские права представители национальных меньшинств, инвалидов, феминистских движений и т. п. Особенно это характерно для психиатрии США, где уже в начале 70-х гг. суды стали своеобразными форумами отстаивания, защиты гражданских прав лиц с психическими

расстройствами. Волна правозащитного движения в американской психиатрии слилась с антигоспитальным движением. Эти события разворачивались на фоне биоэтических дискуссий, обнаживших родство этических дилемм в психиатрии с современными этико-гуманистическими проблемами медицины в целом. В 1972 г. Американская больничная ассоциация принимает первый в мире «Билль о правах пациента», который начинается словами: «Пациент имеет право на внимательное и уважительное отношение при получении медицинской помощи...» Аналогичное начало в международном документе, содержащем минимальные этические нормы в психиатрии (подготовленном одной из комиссий по правам человека ООН): «Ко всем лицам, страдающим психическим заболеванием, следует относиться гуманно и с уважением к достоинству человеческой личности». Российский закон «О психиатрической помощи и правах граждан при ее оказании» также утверждает: «Всем лицам, страдающим психическими расстройствами, гарантируется уважительное и гуманное отношение, исключаящее унижение человеческого достоинства».

Если рассматривать приведенные положения как всего лишь морально-этические сентенции, то они выглядят азбучными. Если же эти положения рассматривать в контексте правозащитного сознания, то их можно сравнить с архимедовым рычагом, с помощью которого произведены радикальные изменения в социальной психиатрии в последние годы. Лица с психическими расстройствами – особо уязвимая социальная группа, уважительное отношение к их личному достоинству, защита их гражданских прав требует специальных гарантий. То есть, имея ввиду современную формулу правового гуманизма «что не запрещено, то разрешено», следует поставить вопрос: а что запрещено в цивилизованном обществе в отношении душевнобольных людей? Ответ будет нетривиальным уже потому, что он имеет юридическое содержание. Социальное отчуждение, стигматизация, неоправданное ограничение прав (в том числе дискриминация, эксплуатация), презрительное или пренебрежительное отношение, любые другие формы унижения человеческого достоинства душевнобольных — все это теперь подлежит правовой оценке и регуляции с помощью юридических механизмов.

Тезис об особой уязвимости в обществе лиц с психическими расстройствами в известном смысле может быть распространен на все проблемные ситуации, исследованием которых занимается биоэтика. В самом деле, социальные, моральные и юридические проблемы душевнобольных, умирающих, добровольцев, на которых испытываются новые лекарства, «детей из пробирки» и т. д. имеют нечто общее, что можно показать с помощью следующей аналогии. У здорового человека функция легких или почек осуществляется таким образом, что мы специально не задумываемся, как это происходит. Другое дело – больные, у которых применяются аппараты «искусственные

легкие» или «искусственная почка», ведь они работают эффективно при условии детального изучения функции дыхания или мочеотделения. Сутью же названных аппаратов-протезов является то, что они есть как бы легкие и как бы почка. Точно так же подавляющая масса живущих в современном обществе людей ежедневно реализует свои «естественные, неотъемлемые человеческие права», однако никогда не читала Всеобщую декларацию прав человека. Другое дело – проблемные ситуации, которые требуют как бы протезирования гарантий прав человека.

Стержневой проблемной ситуацией при оказании психиатрической помощи является недобровольное лечение. Вплоть до середины XX в. принудительная госпитализация подавляющей части душевнобольных считалась незыблемой социальной нормой. Как писал в прошлом столетии английский психиатр Т. Модели: «Помешанные общим голосом общества исключаются из среды человечества». В то же время в различных странах периодически возникали протесты против необоснованных госпитализаций кого-то из пациентов, едва ли не постоянно существовало подозрительное отношение к безошибочности врачебных заключений, определявших насильственное интернирование человека в психиатрическую больницу, осуждалась подчас чрезмерная роль родственников при этом. И с середины XIX в. в Европе постепенно вводятся юридические защитные механизмы, многие из которых в ином социальном и этико-гуманистическом контексте сохраняют значение и в современных условиях: помощь адвокатов, независимая оценка состояния больного врачом, право больных на апелляцию (опротестование решения о госпитализации) и т. д.

Отсюда следует вывод, что на протяжении XIX в. в европейской психиатрии наряду с парадигмой врачебного патернализма сформировалась парадигма юридического контроля психиатрического дела. В то время как врачебный патернализм основывался и основывается на этической традиции медицинской профессии, апеллируя к непосредственности нравственного чувства милосердия, гуманности, понятиям врачебного долга и ответственности, юридическая парадигма в психиатрии находит опору в понятиях справедливости и законности. Взаимодействие врача и юриста при определении судьбы душевнобольного оказалось неизбежным и с самого начала было несвободно от противоречий. Юридический контроль играл активную роль прежде всего при госпитализации душевнобольных, после чего они уже попадали под юрисдикцию врачебного патернализма. Такая организация психиатрической помощи предполагала существование больного то в пространстве врачебного патернализма, то в юридическом пространстве. То есть в концептуальном отношении организация психиатрического дела была принципиально дуалистической. В действительности же имело место преобладание одного или друго-

го из этих начал. Например, в Англии, согласно законодательству об умалишенных 1845 г., дурное обращение служителей с психически больными квалифицировалось как уголовное деяние, а врач, применивший меры изолирования, стеснения или насилия ненадлежащим образом, мог быть оштрафован на 20 фунтов стерлингов. Противоположная тенденция наблюдалась в России. С. С. Корсаков отмечал: «У нас доверия к врачу гораздо больше». Как видим, в психиатрии была осознана опасность фетишизма – и врачебно-патерналистического, и юридического.

События, непосредственно определившие современные подходы к проблеме принудительного лечения душевнобольных, относятся к середине XX в. В 1954 г. комитет экспертов ВОЗ по психическому здоровью определил госпитализацию социально опасных психически больных через суд как унижительную для них и их родственников, а существовавшее во многих странах законодательство, регламентировавшее принудительное лечение, назвал архаичным, поскольку в нем копировалась модель уголовного судопроизводства. В 1959 г. в Англии был принят закон о психическом здоровье, в котором, по сути, вводился современный принцип добровольности оказания психиатрической помощи (так называемая неофициальная госпитализация, при которой отменялись юридические процедуры перед стационарированием основной массы психически больных). Согласно этому закону, принцип госпитализации в психиатрии должен быть таким же, как и в других областях медицины. Недобровольная госпитализация – всего лишь особые случаи в медицине. Уже к концу 50-х гг. в Великобритании добровольная госпитализация происходила примерно в 75 % случаев. В настоящее время в большинстве европейских стран, а также в США и Канаде, более 90% помещений в психиатрические стационары осуществляется на добровольной основе: «Когда медицинская помощь оказывается качественно, когда доброжелательна обстановка в стационаре, разнообразен стол и приятен досуг, пациента, как правило, не требуется ни к чему принуждать».

Случаи недобровольной госпитализации – это в этико-юридическом плане типичная проблемная ситуация, поскольку пациенту здесь должны быть обеспечены специальные гарантии защиты его гражданских прав. Очевидно, что недобровольная госпитализация имеет место в отношении лиц с глубокими психическими расстройствами, серьезно нарушающими способность суждения, оценку реальности и поведение. Защита и гарантии гражданских прав таких лиц тоже есть как бы протезирование – с помощью юридическо-процессуальных механизмов. Во-первых, потенциальное право на добровольное лечение признается за каждым больным, т.е. в любом случае госпитализации врач обязан сначала (за исключением юридически определенных случаев невменяемости) испросить согласие больного. Во-вторых, за боль-

ным, госпитализированным не добровольно, остается право (когда его психическое состояние изменится) перейти в другой морально-юридический статус – как находящегося на добровольном лечении. И тогда его несогласие на лечение может автоматически повлечь за собой выписку из стационара. В-третьих, любой случай недобровольного помещения какого-то больного в психиатрическую больницу может быть только в строгих рамках законности, причем сами эти рамки, которые определяются медико-клиническими и юридическими стандартами, все в большей мере приобретают характер общезначимости, как принятые всем международным сообществом.

В законе РФ «О психиатрической помощи и правах граждан при ее оказании» принцип добровольности предваряет все прочие нормы, т.е. тоже является основополагающим. Для сравнения напомним содержание ст. 56 закона РСФСР «О здравоохранении», принятого в 1971 г., где говорится: «Психически больные подлежат обязательному постоянному диспансерному наблюдению и лечению». Когда врачебный патернализм многократно усиливался государственным патернализмом, это создавало исключительно благоприятные условия для стигматизации, социального отчуждения лиц с психическими расстройствами. В системе тотального учета, контроля, наблюдения (даже вне стационаров) неуважительное отношение к личности больного становилось некой заданной программой, а профессиональная деятельность врачей, медперсонала была обречена на дегуманизацию.

Либерализация психиатрической службы в нашей стране началась в 1988 г., когда Президиум Верховного Совета бывшего СССР утвердил новое «Положение об условиях и порядке оказания психиатрической помощи». Этот документ, по сути, отменил упоминавшуюся выше ст. 56 закона РСФСР «О здравоохранении», так как основным принципом оказания психиатрической помощи полагал принцип добровольности. В первый же год действия «Положения» с диспансерного психиатрического учета было снято более 1 млн. человек, а обращаемость в психоневрологические диспансеры возросла в 3,5 раза. В течение 1989 г. число принудительных госпитализаций сократилось на 40-60 %.

«Положение» 1988 г. – это временный документ, действие которого было предусмотрено до принятия закона о психиатрической помощи. Переходный характер «Положения» проявился не только в том, что его подготовка носила все еще ведомственный характер, но и в той критике, которую оно вызвало и со стороны юристов, и со стороны психиатров.

Согласно «Положению» (действующему по сей день) недобровольная госпитализация производится по решению врача-психиатра, если больной по своему психическому состоянию представляет непосредственную опасность для себя или окружающих. В стационаре в течение суток (исключая выход-

ные и праздничные дни) это решение должно быть подтверждено (или отменено, тогда больной подлежит немедленной выписке) комиссией врачей-психиатров. В случае несогласия с заключением врачей больной или его родственники имеют право апеллировать к главному психиатру (района, города, области и т.д.). Критика юристов прежде всего была сосредоточена на этом последнем обстоятельстве: контролирование недобровольной госпитализации осуществляется лишь в ведомственных рамках. В отличие от такого порядка, в тексте «Закона о психиатрической помощи и правах граждан при ее оказании» предусмотрено, что после подтверждения в течение первых суток пребывания в стационаре обоснованности недобровольной госпитализации заключение комиссии врачей направляется в суд по месту жительства больного.

Что же касается психиатров, то они в своей критике аргументирования подчеркивали, что критерий непосредственной опасности никак не может быть единственным основанием недобровольной госпитализации душевнобольных. Исходя лишь из этого критерия, мы оставляем без лечения ту многочисленную группу больных, которые в силу имеющихся у них психических расстройств не признают необходимости лечения, но при этом могут быть крайне дезадаптированы в социальной среде, утратив совсем (или почти совсем) способность самостоятельно удовлетворять свои основные жизненные потребности.

Проблема гражданских прав лиц с психическими расстройствами является в чем-то более сложной, чем, скажем, обеспечение защиты и гарантий прав инвалидов. Когда речь идет о значительной части душевнобольных, стесненная болезнью свобода на практике нередко оказывается иллюзорной. В современной психиатрии обеспечение свободы жизнепроявлений, жизнеосуществления лиц с психическими расстройствами тождественно реализации в максимально возможной мере их гражданских прав, важнейшее из которых право на лечение.

Итак, в основе современных систем организации психиатрической помощи наряду с парадигмой врачебного патернализма и парадигмой юридического контроля (уважения к законности как таковой) лежит также парадигма защиты и гарантий гражданских прав лиц, страдающих психическими расстройствами.

Теперь можно конкретнее определить, в чем заключается социальный и гуманистический прогресс во взаимоотношениях современного общества и душевнобольных. Если иметь в виду только основную проблемную ситуацию психиатрии (неизбежность применения в некоторых случаях принуждения в лечебных целях или в целях безопасности), то прогресс заключается в создании более совершенного механизма определения границы между двумя группами больных – получающих добровольную и недобровольную помощь. Гиб-

кость названного механизма проявляется прежде всего в той исключительной роли, которую приобрели в регуляции взаимоотношений врача и пациента понятия «информированное согласие» и «отказ от лечения». Эти понятия являются производными от принципа добровольности лечения, который в психиатрии приобретает дополнительный смысл – презумпция компетентности, вменяемости. Этико-юридический механизм, о котором здесь говорится, есть перманентная апелляция к разумности, благоразумию, моральной автономии душевнобольного на всем пространстве его взаимодействия с психиатрическими службами.

В Англии в 1959 г. в законе о психическом здоровье требование получения согласия больного в каждом случае назначаемого психиатрического лечения было определено как краеугольный камень правовой защиты больного. В США доктрина обеспечения больных правдивой информацией тоже стала утверждаться в 60-е гг. (как в психиатрии, так и других клинических областях, например, в онкологии). В последующие два десятилетия понятие «информированное согласие» приобрело дополнительную актуальность в контексте биоэтики – в связи с проблемами отказа от лечения у терминальных больных (пассивная эвтаназия), получения согласия на изъятие донорских органов и т. д. Принцип «говорить правду» в настоящее время считается центральным в медицинской этике АМА (Американской медицинской ассоциации) и АПА (Американской психиатрической ассоциации) и, можно сказать, в чем-то существенном отвечает рациональному менталитету американцев.

В России подавляющая масса врачей пока придерживается традиционно-патерналистской модели взаимоотношений с пациентами, в частности, исповедуя убеждение в этической оправданности в условиях врачевания доктрины «святой (спасительной) лжи». Эта концептуальная позиция, к сожалению, сочетается с чрезвычайно широко распространенным правовым и этическим нигилизмом наших медиков, для которых проблема информирования больных вообще редко подвергается рефлексии. В среде отечественных онкологов, гематологов (гораздо глубже многих других наших медиков осознающих значение информирования больного) только наметилась тенденция сообщать больному диагноз тех видов рака, болезней крови, которые неплохо поддаются лечению. На таком фоне решение данной проблемы в тексте закона «О психиатрической помощи и правах граждан при ее оказании» можно считать революционным. Перечень здесь конкретных прав пациента включает право на получение в доступной для него форме и с учетом его психического состояния информации о характере имеющихся у него психических расстройств и применяемых методах лечения; право на предварительное согласие перед началом лечения (за исключением случаев, предусмотренных в настоящем

Законе); право на отказ от лечения (опять же – за исключением случаев, предусмотренных в настоящем Законе).

Проблема информированного согласия является сквозной для биоэтики в целом, где ее нормативное содержание и получило детальную разработку. В психиатрии получение согласия больного на любое вмешательство в сферу его здоровья (госпитализация, назначение исследований или каких-то средств лечения) имеет следующие аспекты.

Во-первых, информацией, подлежащей этико-юридическому регулированию, являются сведения о болезни, значении болезненных 100 симптомов; о диагнозе и прогнозе; о плане, продолжительности лечения и связанном с ним риске и т.д.

Во-вторых, этико-юридические основания позиции врача при этом таковы: получение информированного согласия больного – это обязанность врача; предоставляемая больному информация должна быть полной и всесторонней, включая ответы на все вопросы больного; применение особо опасных видов лечения или таких методов, которые приводят к необратимым последствиям, а также согласие на клинические эксперименты в психиатрии требуют дополнительных гарантий защиты прав душевнобольных и т.д.

В-третьих, этико-юридические основания позиции больного при этом таковы: информированное согласие – это право компетентных пациентов; их согласие должно быть добровольным и осознанным, т. е, полученным без угроз, насилия и обмана; согласие может быть отозвано; отказ от медицинской процедуры не должен влиять на положение больного и его взаимоотношения с медперсоналом и т.д.

Юридические и деонтологические формулы решения биоэтических дилемм и здесь оставляют за скобками имеющиеся в научной литературе теоретические споры. Например, английские врачи трактуют требование предоставления полной и всесторонней информации не так буквально, как американские. Иногда понятию «информированное согласие» противопоставляется понятие «реальное согласие», т. е. полученное не на основе педантичного следования всем процедурным требованиям в таких случаях, но просто на достаточной и доступной информации в зависимости от состояния больного. В рамках признания исключительной важности института информированного согласия общий подход к решению содержащихся здесь противоречий должен вытекать из концепции врачебного долга.

Право больного на отказ от лечения является источником едва ли не самых драматических биоэтических дилемм. Например, отказ от лечения умирающего больного есть его выбор в пользу пассивной эвтаназии. В психиатрии право больных на отказ от лечения оборачивается следующим неизбежным и серьезным противоречием: с одной стороны, право на отказ от лечения

и здесь является общепризнанной этико-гуманистической ценностью и юридическо-правовой нормой, соответствующей общепризнанным международным стандартам, с другой – применение этой нормы при оказании психиатрической помощи не только немало осложнило работу врачей-психиатров, но и повсеместно сделало более актуальной проблему опасности, которую могут представлять для себя и для окружающих некоторые душевнобольные.

С формально-логической точки зрения, согласие на лечение и отказ от лечения – это один и тот же вопрос, решаемый положительно или отрицательно. В реальности же это во многом разные социальные решения, клинические ситуации и морально-психологические состояния больного. Согласие на лечение – это еще преимущественно область мотивов поведения, отказ от лечения – это уже поступок.

Проблема отказа от лечения имеет множество конкретных нюансов с социальной, медико-клинической, юридическо-правовой, врачебно-этической и даже философско-культурной точек зрения. Когда в период романтического отношения к правозащитным идеям в американской психиатрии (70-е гг.) показания к недобровольному лечению были предельно сужены (и юридически определялись как «существенная вероятность агрессии, самоповреждения, или суицида»), в двух крупных стационарных отделениях Бостонского государственного госпиталя резко возросла необходимость содержания больных в изоляции. По сути, в это время в отдельных местах психиатрия США регрессировала, опять оказавшись в «донецролептической эре».

В литературе ведутся дискуссии по поводу специфического ограничения правоспособности душевнобольных, когда пациент может быть признан сохранившим другие гражданские права, но одновременно утратить право отказа от лечения. Дело в том, что у некоторых душевнобольных могут быть преимущественно нарушены как способность оценивать методы, риск и пользу лечения, так и способность суждения о болезни (феномен так называемой анозогнозии – отрицания пациентом болезни в целом или конкретных болезненных расстройств).

Новые аспекты при обсуждении права больного на отказ от лечения в психиатрии обнаруживаются в связи с проблемой ответственности. В тексте закона РФ «О психиатрической помощи и правах граждан при ее оказании» говорится, что больному, отказавшемуся от лечения, врач обязан объяснить возможные последствия, причем отказ от лечения может служить основанием для решения о выписке пациента. В случаях совершения общественно опасных действий таким больным, документально засвидетельствованный факт предупреждения его врачом о неразумности решения об отказе или прекращении лечения приобретает особенно важное значение с точки зрения правосу-

дия. В США закон вообще ограничивает ответственность врача за агрессию выписанных больных или совершивших суицид.

Наконец, проблема отказа от лечения в психиатрии имеет еще один аспект, связанный с многообразием философских, культурных подходов к природе душевных болезней вообще. С точки зрения медицинских стандартов, некоторые факты отказа от лечения в психиатрии оцениваются как неразумные, а с точки зрения социальных и юридических стандартов – как опасные. Однако исчерпывается ли тем самым смысл этих фактов полностью? Конечно, нет. Гоголевский Поприщин, герой «Красного цветка» В. М. Гаршина, Голлядкин Ф. М. Достоевского убеждают нас, что любое проявление душевной жизни больного не есть просто негативный факт. Сама клиническая психиатрия подтверждает, что в отдельных случаях, уже критически оценивая болезненный приступ, пациент может предпочитать психотические переживания тяготам, с которым бывает связано психиатрическое лечение, а может быть – и самому процессу выздоровления. Это обстоятельство не может быть оставлено без внимания, тем более, что в общемедицинской практике отказ от лечения, например, по религиозным соображениям, осуждается одной частью общества, однако оправдывается другой его частью.

В современной медицине особая роль понятий «информированное согласие» и «отказ от лечения» определяется не только распространением правозащитных движений на область здравоохранения, но и многократно возросшей в последнее время актуальностью проблемы ятрогений (буквально: болезней, вызванных врачом). Достаточно указать на такой ятрогенный фактор, как неоправданное нерациональное применение многих лекарств (существует даже форма заболевания – лекарственная болезнь), чтобы отчетливо увидеть, что в медицине второй половины XX в. заповедь «прежде всего – не навреди» более актуальна, чем во времена самого Гиппократы. В психиатрии из всего комплекса ятрогенных факторов на первом месте по-прежнему стоит госпитальная травма – негативное воздействие самой психической больницы на самочувствие, качество жизни многих больных. В связи с этим система современных принципов организации психиатрической помощи включает еще один важнейший принцип – оказание медицинской помощи в наименее ограничительных условиях (или, как его называют в зарубежной литературе, наименее ограничительной альтернативы).

В контексте названного принципа было в корне переосмыслено назначение психиатрического стационара. Его функцией является не только изоляция представляющих опасность душевнобольных, но и удовлетворение нужд и потребностей получающих здесь медицинскую помощь пациентов с учетом их гражданских прав. Сами же меры изоляции и стеснения могут применяться лишь в соответствии с формулой минимальной достаточности. Так, текст

закона РФ «О психиатрической помощи и правах граждан при ее оказании» предписывает: «Меры физического стеснения и изоляции при недобровольной госпитализации и пребывании в психиатрическом стационаре применяются только в тех случаях, в тех формах и на то время, когда, по мнению врача-психиатра, иными методами невозможно предотвратить действия больного, представляющие непосредственную опасность для него или других лиц, и осуществляются при постоянном контроле медицинского персонала». Иными словами, применение мер изоляции или стеснения допустимо лишь при включенном счетчике времени, при условии этического мониторинга, непрерывно подтверждающего, что другой разумной альтернативы в данном состоянии больного просто нет. Реальный опыт применения принципа наименее ограничительной альтернативы в зарубежной психиатрии позволяет некоторым авторам формулировать в некотором роде категорический императив: «Никто не может быть изолирован на срок свыше нескольких дней, обычно же изоляция должна длиться лишь несколько минут или часов...». К сожалению, в отечественных психиатрических больницах, где двери большинства отделений все еще остаются закрытыми, упоминавшийся выше счетчик времени просто-напросто еще не включен. Складывается очень непростая ситуация: закон «О психиатрической помощи и правах граждан при ее оказании» нашим парламентом уже принят, но можно ли будет так же быстро заменить бездушные запоры на дверях более профессиональной и более добросовестной работой врачей и медперсонала?!

На первый взгляд, принцип наименее ограничительной альтернативы не нов для истории психиатрии. К тому, что уже говорилось выше о реформе Пинеля, добавим, что система открытых дверей была провозглашена более 100 лет назад, в частности, ее пропагандировал С. С Корсаков в своем «Курсе психиатрии» (1900). Все это так, но вышеперечисленные идеи как содержательные моменты принципа наименее ограничительной альтернативы включены в совершенно новый социальный, мировоззренческий и этико-юридический контекст. Теперь в организации психиатрической помощи, наряду с известными ролями врача и юриста, не менее активной становится роль самого больного. Поэтому совершенно неверно сводить содержание принципа наименее ограничительной альтернативы только к идеям Пинеля и Конолли, так как в своем полном виде этот принцип прежде всего отражает юридическо-процедурные права душевнобольных при их взаимодействии с психиатрическими службами. Согласно тексту закона «О психиатрической помощи и правах граждан при ее оказании» пациенты психиатрической больницы имеют право подавать без цензуры жалобы и заявления, встречаться с адвокатом или священником наедине, исполнять религиозные обряды и т. д. (всего 12 юридически гарантированных прав).

В давней дискуссии французских психиатров (последователей Пинеля) и английских психиатров (последователей Конолли) — о допустимости или недопустимости «камзола» — один из аргументов французских врачей звучал очень современно: отказавшись от «камзола», приходится применять к некоторым больным слишком большие дозы наркотических средств, а это не что иное, как «химическое стеснение». Так как в современной психиатрии используются такие методы и средства, как шоковая терапия, огромный арсенал сильнодействующих психотропных лекарств, в содержании принципа наименее ограничительной альтернативы имеется еще один аспект — защиты больных от избыточного лечения.

История лечения психических болезней знает множество примеров, когда безумию, помешательству, иррациональному врачи пытались противопоставить в качестве терапевтических средств нечто экстремальное, а объяснение лечебного эффекта (действительного или мнимого) сводилось, как правило, тоже к чему-то иррациональному. Еще Пинель, проводя реформу психиатрии, решительно отверг широко применявшееся до него «лечение жесткое, иногда смертоносное»: массивные повторные кровопускания, сильные души, холодные ванны, лед на голову. В 1935 г. португальским психиатром Э. Монишем была впервые проделана у буйного душевнобольного самая известная психирургическая операция — лоботомия (перерезка проводящих путей в лобных долях головного мозга). Особенно большое распространение лоботомия получила в 40-50-е гг. В США отдельные хирурги проводили до 50 операций в день (иногда даже в амбулаторных условиях). Вскоре, однако, выявились серьезнейшие осложнения: эпилептические припадки, непредсказуемое изменение поведения больных — от беспредельной инертности до постоянной сверхактивности. В нашей стране лоботомия тоже применялась, но в гораздо меньших масштабах.

В 30-е годы стали широко применяться шоковые методы лечения психических расстройств. С начала эры психотропных лекарственных средств (в 50-е гг.) показания к применению их были сужены, например, ЭСТ — электросудорожная терапия (один из методов шоковой терапии) — считается показанной при тяжелых депрессиях, трудно поддающихся медикаментозному лечению. Насколько является актуальным строгое эτικο-юридическое регулирование применения вышеназванного метода лечения, свидетельствует следующая иллюстрация. Совсем еще недавно (менее 20 лет назад) отечественный «Справочник по психиатрии» бесстрастно информировал читателя, что среди осложнений ЭСТ «хирургические осложнения возникают наиболее часто: переломы длинных трубчатых костей (!), позвонков (!), вывихи нижней челюсти, плечевых и других суставов...». Эмоциональная бесстрастность авторов «Справочника» есть отражение определенной мировоззренческой по-

зиции прямолинейного врачебного патернализма и панклинцизма, которые обернулись забвением старой медико-этической максимы: «Никогда лекарство не должно быть горше болезни».

Применение сильнодействующих психотропных лекарств тоже нередко ведет к весьма серьезным ятрогенным осложнениям: нарушению двигательной активности, расстройству походки и т. д. В отдельных случаях развивается грозный нейролептический синдром, смертность при котором достигает 15-30 %. По разным данным, это осложнение бывает в 0,4-14 % случаев лечения нейролептиками.

В нашей стране первый шаг к правовому регулированию применения отдельных методов психиатрического лечения с учетом имеющегося богатого международного опыта был сделан в 1989 г., когда специальным приказом Минздрава СССР была предусмотрена обязательность согласия больного или его родственников на применение шоковых методов лечения и сульфозинотерапии (чрезвычайно болезненных инъекций, вызывающих высокую температуру, некроз мышечной ткани). В законе «О психиатрической помощи и правах граждан при ее оказании» приоритет автономии пациента по отношению к любым соображениям медицинской необходимости выражен еще категоричнее: «Применение хирургических методов и других методов, вызывающих необратимые последствия, для лечения психических расстройств, а также проведение испытаний медицинских средств и методов допускается лишь с согласия самого больного». Было бы целесообразно в дополнение к этой правовой норме разработать, как это сделано в некоторых других странах, подробные этические стандарты применения конкретных методов терапии и прежде всего психотропных лекарственных средств.

Совершенно особая тема – злоупотребления психиатрией в политических целях. В 1989 г. в «Заявлении» Всесоюзного общества психиатров, сделанном конгрессу Всемирной психиатрической ассоциации (в г. Афины), было официально признано, что в нашей психиатрии «случались злоупотребления по причинам немедицинского, в том числе и политического характера».

В качестве привходящих обстоятельств, сделавших возможными злоупотребления психиатрией в политических целях, следует указать, во-первых, на соответствующий социальный заказ со стороны тоталитарного режима власти; во-вторых, на этический и правовой нигилизм в среде отечественных медиков; в-третьих, на монополизм в отечественной науке, когда концепция вяло текущей шизофрении, отстаиваемая московской школой психиатров (во главе с А. В. Снежневским), почти не встречала серьезной критики. Вообще-то, больные с такой болезнью есть. В то же время диагноз у них – очень трудная задача. От врача здесь требуется квалифицировать тождественные факты поведения у одних людей (практически здоровых) как всего лишь личностные

особенности, у других же – как симптомы болезненного процесса. Причем во втором случае врач должен быть убежден, что здесь, в конце концов, сформируется специфический шизофренический дефект психики.

Злоупотребления психиатрией в политических целях можно считать следствием извращенной патерналистской врачебной позиции, но в весьма циничной форме. Характерно, что жертвами карательной психиатрии стали многие активисты правозащитного движения в нашей стране. Именно независимая медицинская экспертиза состояния психического здоровья у них подняла волну возмущения во всем мире (а с приходом гласности и внутри страны). В итоге в 1988 г. началась демократизация отечественной психиатрии – приведение ее в соответствие с этическими и юридическими международными стандартами.

Если теперь учесть, что аналогичная работа в отношении других проблемных ситуаций (искусственное оплодотворение, медико-биологические эксперименты и др.) отечественным медикам и юристам еще только предстоит, то можно заключить: идеология защиты, гарантий прав человека осмыслена в нашем обществе раньше и глубже именно в области психиатрии.

Что же касается конкретно темы злоупотреблений на почве психиатрии, то в тексте закона «О психиатрической помощи и правах граждан при ее оказании» предусмотрено: «Медицинские средства и методы применяются только в лечебных целях в соответствии с характером болезненных расстройств и не должны использоваться для наказания больных или удобства других лиц» (ст. 10), а также: «При оказании психиатрической помощи врач независим в своих решениях и руководствуется только медицинскими показаниями, врачебным долгом и законом» (ст. 22).

5. СВОД ЭТИЧЕСКИХ ПРАВИЛ ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ИСПЫТАНИЙ И МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ЭКСПЕРИМЕНТОВ НА ЧЕЛОВЕКЕ

Нормальное развитие медицины невозможно без постоянно проводящихся клинических испытаний и медико-биологических экспериментов на человеке. Объективное знание является фундаментальной общественной ценностью и поэтому может служить оправданием возможного риска для телесного и социального благополучия людей, выступающих в роли объектов исследовательской деятельности.

Вместе с тем, как бы ни была высока ценность объективного знания, она во всех случаях должна быть соизмерима с не менее, а часто более существенными социальными ценностями, которые могут быть сформулированы в виде принципов:

- 1) уважения человека как личности;
- 2) благотворительности и милосердия;
- 3) справедливости;
- 4) солидарности.

5.1. Основные этические принципы

1. Уважение человека как личности исходит из признания и уважения самодовлеющего значения его свободной воли, права и возможности играть определяющую роль при принятии решений, затрагивающих его телесное и (или) социальное благополучие. Человек должен рассматриваться как хозяин своего тела, без его осознанного и добровольного разрешения в принципе не должны проводиться никакие манипуляции: исследовательские, профилактические, диагностические и лечебные. Ему также принадлежат определенные права на доступ, контроль и распоряжение клинической, медико-биологической и иной информацией, полученной медиками в рамках проводимого ими исследования.

Человек уважается как личность, если он на деле признается в качестве ответственного автора своей неповторимой и уникальной истории жизни (биографии).

2 Принцип благотворительности и милосердия составляет сердцевину призвания врачей и других медицинских работников. Он ориентирует медиков из чувства сострадания руководствоваться, прежде всего благом данного конкретного пациента, отодвигая на второй план иные мотивы своей деятельности: познавательные, педагогические, коммерческие и т. д.

3. Справедливость предполагает принципиальное равенство возможностей для людей с точки зрения доступности медицинской помощи и распределяемых медицинских услуг, вероятности разделить бремя риска для здоровья и жизни, страданий и ответственности.

4. Медицина является древнейшей и важнейшей формой проявления солидарности как принципа, обеспечивающего выживание отдельного человека и человечества в целом. Болезни и травматизм затрагивают наши общие перспективы и интересы. Поэтому в наших общих интересах способствовать по мере возможности прогрессу медицинской науки и практики. Следует уважать готовность человека из чувства солидарности добровольно участвовать в качестве объекта клинических испытаний и медико-биологических экспериментов.

Сформулированные выше принципы относятся друг к другу по принципу **дополнительности** и не находятся между собой в отношениях **иерархической зависимости**.

5.2. Правила проведения испытаний и экспериментов

1. Свободное, осознанное (информированное) согласие на участие в медико-биологическом эксперименте или клиническом испытании, зафиксированное в форме письменного договора между врачом, руководящим испытанием или экспериментом, и пациентом (или испытуемым), является строго обязательным условием их проведения.

Ответственность за информирование и его адекватность лежит на руководителе и не может быть переадресована третьим лицам.

Пациент (испытуемый) имеет право отказаться от участия в исследовании на любой его стадии, сохраняя при этом все права на качественное медицинское обслуживание, предусмотренное законом и договором на обслуживание, заключенным ранее между ним и учреждением. В случае недееспособности испытуемого добровольное информированное согласие должно быть получено от опекуна в соответствии с законом.

2. Испытания и эксперименты на человеке оправданы лишь в том случае, если планируемое значимое приращение знания не может быть получено другими путями: за счет тщательного и достаточного по объему изучения научной медицинской литературы, проведения экспериментов на животных или искусственных модельных системах, моделирования с помощью компьютеров и т.д.

3. Исследования на человеке допустимы лишь в тех случаях, когда планируемый научный результат надежно обосновывается как вероятный с точки

зрения достигнутого уровня развития медицинской науки. Недопустимо проведение рассчитанных на счастливую случайность экспериментов.

4. Морально оправданы могут быть лишь такие исследования на человеке, которые по своей идеологии, методологии и методике соответствуют стандартам современной медицинской науки.

Исследования на человеке, основывающиеся на устаревших теориях, использующих устаревшую методологию и методики, которые априорно снижают научную значимость полученного знания, следует считать аморальными.

5. Степень риска для жизни, телесного и социального благополучия испытуемого не должна превышать научную значимость планируемых результатов. Интересы человека, выступающего в роли объекта исследования, следует признавать выше интересов человечества в получении объективного знания.

6. Испытания и эксперименты должны быть спланированы так, чтобы минимизировать риск неблагоприятных последствий. В материалы и методы исследования строго обязательно должны быть включены достаточные для оперативного купирования возможных негативных последствий и осложнений средства. Для этого же требуется обязательное участие в исследовании соответствующих специалистов.

7. Клинические испытания и медико-биологические эксперименты на человеке могут проводиться лишь возглавляемой врачом бригадой специалистов, соответствующей характеру исследования квалификации.

8. Заявки на проведение клинических испытаний и медико-биологических экспериментов, включающие заверенные личной подписью заявления о том, что все исследователи информированы и обязуются выполнять данные правила, а также проекты Формуляра информированного согласия на участие в исследовании для всех категорий испытуемых должны проходить обязательное утверждение на независимом от исследователей Этическом комитете.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В наше время, когда уровень развития науки и техники стал повышаться с каждым годом, особенно остро встает проблема медицинской деонтологии как учения о долге, науке о моральном, эстетическом и интеллектуальном облике человека, посвятившего себя благородному делу – заботе о здоровье человека, о том, каковы должны быть взаимоотношения между медиками, больными и их родственниками, а также между коллегами в медицинском коллективе и целыми учреждениями, участвующими в борьбе за жизнь и здоровье людей. Несмотря на существенные успехи в разработке проблем деонтологии, отмечается недостаточность теоретической разработки отдельных аспектов деонтологии, сдерживающих (наряду с другими факторами) ее широкое использование в практике отечественного здравоохранения. Все это определяет, как указывают многие авторы, необходимость дальнейшего расширения фронта исследований, публикацию работ, способствующих более эффективному внедрению деонтологических принципов в практику. Особенно сложными в правовом и деонтологическом отношениях являются вопросы, связанные с новыми активными и рискованными методами диагностики и лечения, не вошедшие в широкую практику, операциями пересадки органов от одного человека другому, а также от трупа, и т. д. Экспериментирование – этап, необходимый при разработке новых методов лечения и диагностики, лекарственных препаратов, медицинской техники, но при внедрении в практическое здравоохранение апробированных методов допустимо их применение только в тех случаях, когда исключено их вредное воздействие на человека. Следовательно, только врачи имеют право по закону лечить больного и при этом могут быть использованы методы и средства, прошедшие экспериментальную и клиническую проверку. Но в современном мире ни один эксперимент уже не может осуществляться только одним ученым без привлечения специалистов других областей науки, медицина в этом отношении не составляет исключения и математика является одной из таких областей. Математики, занимающиеся совместно с медиками разработкой математических моделей заболеваний и определением способов их лечения, несут перед обществом такой же груз ответственности, как и врачи, занимающиеся непосредственно применением этих методов на практике. Ученые не должны забывать об этой ответственности и делать все, что могло бы хоть в какой-то мере помочь больным людям.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Адо, А. Д. Этико-деонтологические вопросы экспериментальной медицины / А.Д. Адо // Актуальные этико-деонтологические вопросы современной медицины: тез. докл. науч.-мед. конф., посвящ. 60-лет. обр. СССР. – М.: АМН СССР, 1983. – С. 12-15.
2. Алисевич, В. И. Вопросы медицинской этики, деонтологии и ответственности врача / В.И. Алисевич // Философские и социальные проблемы биологии и медицины / под ред. Г. И. Царегородцева. – М.: Медицина, 1980. – С. 72.
3. Бадмаев, П. Основы врачебной науки Тибета «Жуд-ши» / П. Бадмаев. – М.: Наука, 1991. – 153 с.
4. Вересаев, В. Собрание сочинений / В. Вересаев. – М.: Правда, 1961. – Т. I. – 447с.
5. Вернадский, В. И. Философские мысли натуралиста / В.И. Вернадский. – М.: Наука, 1988. – 416 с.
6. Гостин, Л. Соблюдение прав человека в области оказания психиатрической помощи (принципы прав человека) / Л. Гостин //Право и психиатрия / под ред. Г. И. Царегородцева. – М.: Медицина, 1991. – С. 313.
7. Гуревич, И.Я. Современные тенденции в развитии организации психиатрической помощи за рубежом: обзор информ. / И.Я. Гуревич, Я.А. Счюрожакова, А.Б. Шмуклер. – М.: Наука, 1988. – Вып. 1. – 300 с.
8. Гуревич, И.Я. Актуальные социальные проблемы психиатрии: обзор информ. / И.Я. Гуревич, Я.А. Счюрожакова, А.Б. Шмуклер. – М.: Наука, 1989. – Вып. 2. – 326 с.
9. Деонтология в медицине: в 2 т. Т.1/ Е. М. Вихляева, В. П. Гамов, С. З. Горшков; под ред. Б. В. Петровского. – М.: АМН СССР Медицина, 1988. – 265 с.
10. Семичев, С. Б. Антипсихиатрическое движение: его современное состояние / С.Б. Семичев; под ред. Г.И. Царегородцева // Медицина и идеология. – М.: Медицина, 1985. – С. 170-185.
11. Корсаков, С.С. Избранные произведения / С.С. Корсаков. – М.: Медлит, 1954. – 460с.
12. Кропоткин, П. А. Этика / П.А. Кропоткин. – М.: Политиздат, 1991. – 43с.
13. Любищев, А. А. Каким быть / А.А. Любищев. – М.: Наука, 1990. – 189с.
14. Макеева, Л. А. Теоретические проблемы врачебной этики и медицинской деонтологии в условиях современной НТР: автореф. дис.... канд. ф. наук / Л.А. Макеева. – Л., 1985. – 21 с.
15. Морозов, П.В. Правда об Афинах / П.В. Морозов // Врач. – 1990. – №2. – С. 25.
16. Справочник по психиатрии / под ред. А.В. Снежневского. – М.: Медицина, 1974. – 392 с.
17. Соловьев, Э. Ю. Прошлое толкует нас: очерки по истории философии и культуры / Э.Ю. Соловьев. – М.: Политиздат, 1991. – 520 с.

18. Тищенко, П. Д. Феномен биоэтики/ П.Д. Тищенко // Вопросы философии. – 1992. – № 3. – С. 104 – 112.
19. Циолковский, К. Э. Грезы о земле и небе / К.Э. Циолковский. – Тула: Приок. кн. изд-во, 1986. – 365 с.
20. Федоров, Н. Ф. Сочинения / Н.Ф. Федоров. – М.: Мысль, 1982. – 482с.
21. Филатов, Д. П. Норма поведения, или мораль с естественно исторической точки зрения. Пути в незнаемое / Д.П. Филатов. – М.: Советский писатель, 1974. – 480 с.
22. Философский словарь / под ред. М. М. Розенталя. – М.: Издательство политической литературы, 1972. – 329 с.
23. Хмелевская, З. И. Специфика этико-деонтологических проблем в лучевой терапии / З.И. Хмелевская // Актуальные этико-деонтологические вопросы современной медицины / под ред. Г.И. Царегородцева. – М.: Медицина, 1983. – С. 78-82.
24. Чавкин, С. Похитители разума / С. Чавкин. – М.: Прогресс, 1982. – 108с.
25. Beauchamp, T.L. Principles of Biomedical Ethics / T.L. Beauchamp, O.F. Childress. – N. Y.: Oxford, 1989. – 90p.
26. Jennings, B. Bioethics and Democracy / B. Jennings // Centennial Review. – 1990. – Vol. XXXIV. – № 2. – P. 207-225.

Оглавление

1. ЭТИКА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	3
1.1. Этические модели в медицине	3
1.2. Вопросы биоэтики в работе клинического инженера	8
1.3. Инвазивные методы в практике клинического инженера	12
2. ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ.....	16
3. ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАУЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНЫ	23
4. БИОЭТИКА. ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ	27
4.1. Этика жизни или биоэтика: аксиологические альтернативы	28
4.2. Этика жизни и традиции русской философии	29
4.3. Биоэтика в других странах.....	40
4.4. К началам биоэтики.....	44
4.5. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений.....	51
4.6. Принцип информированного согласия – вызов патернализму	58
4.7. Биоэтика и психиатрия.....	62
5. СВОД ЭТИЧЕСКИХ ПРАВИЛ ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ИСПЫТАНИЙ И МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ЭКСПЕРИМЕНТОВ НА ЧЕЛОВЕКЕ	81
5.1. Основные этические принципы	81
5.2. Правила проведения испытаний и экспериментов.....	82
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	84
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК	85

Учебное издание

А Г Кузьмин

ЭТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ИНЖЕНЕРОВ

Учебное пособие

Редактор И.Т. Куликова

Подписано в печать . Усл. печ. л. . Тираж .
Печать офсетная. Бумага офисная. Заказ № _____

Отпечатано: РИО ВоГУ, г. Вологда, ул. Ленина, 15