

И. В. Силуянова “Биоэтика в России: ценности и законы”

Биоэтика — порождение цивилизации конца XX века. Ее возникновение непосредственно связано с интенсивным развитием биомедицинского знания. Но можно ли упрекнуть хотя бы один век существования медицины в неинтенсивности ее развития, или хотя бы одно поколение врачей-исследователей в ненапряженности их поиска средств и методов спасения человеческой жизни? Вряд стоит отрицать, что рубеж конца XIX начала XX века был не менее богат открытиями и достижениями, чем конец века XX. Тем не менее именно со второй половины XX века изменения в медицине принимают принципиально новый характер. Современная медицина получает реальную возможность «давать» жизнь (искусственное оплодотворение), определять и изменять ее качественные параметры (генная инженерия, транссексуальная хирургия), отодвигать «время» смерти (реанимация, трансплантация, геронтология).

Новые возможности медицины, связанные не столько с лечением, сколько с управлением человеческой жизнью (например, генетическая коррекция особенностей человека, допущение донорства без согласия, уничтожение жизни на эмбриональных стадиях, отказ и прекращение медицинской помощи безнадежному больному), вступают в противоречие с установившимися моральными ценностями и принципами. В силу этого противоречия и формируется биоэтика как система знания о границах допустимого манипулирования жизнью и смертью человека. Стремительный рост деклараций и документов этического характера, принимаемых национальными и международными профессиональными медицинскими ассоциациями, сопровождается формированием медицинского законодательства. При этом «ценности» и «законы» даже в пространстве одного государства не всегда совпадают, обнаруживая ценностное многообразие и различие между такими формами регулирования человеческих отношений, как мораль и право. В 1993 году в Общеправовой классификатор отраслей законодательства РФ впервые включается такая самостоятельная отрасль, как Законодательство об охране здоровья граждан, которое в свою очередь представлено рядом законов — «О трансплантации органов и (или) тканей человека», «О психиатрической помощи» и т. д. Своеобразие новой отрасли российского законодательства заключается в том, что оно было обусловлено политической волей к выходу на уровень соответствия принципам международного права и стандартам Всемирной организации здравоохранения. Российское Законодательство об охране здоровья граждан являет собой попытку организовать работу отечественного здравоохранения в новой для России, но отработанной западной культурой, либеральной парадигме права и законности. Именно

поэтому в данном учебном пособии воспроизводятся не только основные положения и лаконичные формулировки того или иного закона, но и их основание — логика либеральной идеологии. Применение новых биомедицинских технологий в России с каждым годом расширяется, тем не менее о его полноценном правовом регулировании говорить еще рано. Это проявляется, в частности, и в отсутствии законодательного обеспечения гарантий и прав пациентов, и в отсутствии правового регулирования применения репродуктивных технологий, и в правовом беспределе практики фетальной терапии. Поэтому вопрос об этическом самосознании врачей-практиков, ученых-исследователей и моральной ответственности пациентов за согласие на принятие той или иной методики лечения приобретает в настоящее время особую важность. Нравственные убеждения людей остаются сегодня одним из основных способов защиты общества от разрушительных последствий использования новых биомедицинских технологий. Неоспоримым фактом истории человечества является непосредственная связь нравственных ценностей и религиозных представлений. Несмотря на 70-летнюю государственную, планомерную и разностороннюю борьбу с религией, социологические опросы последних лет свидетельствуют: 80% населения полагают, что религия играет в их жизни важную роль. Полнота культурной жизни современной России немыслима без учета религиозно-нравственных ценностей. При этом не следует забывать, что русская культура была и остается христианской православной культурой уже более 1000 лет. В 1992 году российская общественность ознакомилась с работой Совета Европы по выработке рекомендаций по вопросам биоэтики. Результат этой работы — книга «Медицина и права человека» явилась сборником норм и правил международного права, этики, католической, протестантской, иудейской, мусульманской и буддистской морали. При этом отсутствовали рекомендации православного богословия. Это объяснялось организационными и политическими причинами: в 1992 году ряд стран Центральной и Восточной Европы, в том числе и Россия, не входили в Совет Европы. Тревогу европейского сообщества относительно процессов в современной медицине разделяет и российское общество. По Благословению Святейшего Патриарха Алексия II при Московской Патриархии был создан Церковно-общественный Совет по биомедицинской этике, объединивший ведущих ученых, известных врачей и богословов. В течение 1998-1999 годов Совет принял ряд заявлений. Они носят уникальный характер, так как являются первыми в истории Русской Православной Церкви документами, выражающими этическое отношение православной общественности к проблемам, которые ставит каждая из новейших биомедицинских технологий. Глубокая озабоченность этими проблемами нашла свое отражение в «Основах социальной концепции Русской Православной

Церкви», принятой на Юбилейном архиерейском Соборе в августе 2000 года. «Провозглашая принцип свободы совести, общество ныне видит в Церкви равноправного участника преобразований, которыми занята страна, в первую очередь нравственных преобразований»¹. В связи с особенностями русской истории XX века нравственные преобразования связываются сегодня не столько с очередным нравственным «обновлением», сколько с обращением к забытым ценностям и традициям. «Беспамятство — разрушительно, память — созидательна», — напоминает Д. С. Лихачев². Естественно поэтому, что одно из направлений нравственных преобразований в современной России сориентировано на то духовно-культурное наследие, право на которое, в том числе и молодого поколения российских врачей, сегодня восстанавливается. Общество открывает для себя то, что оно обладает своеобразными культурными традициями, что оно имеет более глубокие корни и не только те, которые признавались недавно. «По счастью, — констатирует С. С. Аверинцев, — мы дожили до поры, когда не стоит больше вопрос о «выдворении» из истории русской философии идеалистов, и особенно мыслителей русской диаспоры XX века. Ясно, что Бердяев или Федотов — неотторжимая часть русской культуры, они входят в наше бытие, и мы уже не можем иначе»³. В русской религиозной философии, для которой вопросы моральной жизни всегда были особенно значимы, в творчестве Вл. Соловьева, В. И. Несмелова, С. Н. Булгакова, В. В. Зеньковского, Н. А. Бердяева, П. А. Флоренского, Л. П. Карсавина, Н. О. Лосского, В. Н. Лосского, С. Л. Франка мы попытаемся найти опору в подходе к решению проблем жизни, смерти, здоровья, болезни, достоинства и свободы человека, существующего сегодня в условиях мощного вторжения техногенной цивилизации в «пространство» и «время» его бытия. Биомедицинские формы этого вторжения одинаковы, но формы морально-мировоззренческой реакции на это вторжение в разных культурах различны. Профессор Эдмунд Д. Пеллегрино, в прошлом директор Института этики Джорджтаунского университета (США, Вашингтон), констатирует: «Англо-американский аналитический образ действий, начинающий с этики, не годится, например, для культуры Востока, где менее всего заботятся о рациональных формах дискурса. Континентальные европейцы, наоборот, больше предрасположены обращаться к феноменологическим, герменевтическим или классическим этическим концепциям... В Америке... религиозные и теологические источники морали развиты относительно слабее и менее влиятельны, чем в других странах»⁴.

Подход к проблемам биомедицины, определяемый традициями и ценностями православной культуры, — это уникальная, а значит, и ценная, особенно в масштабах

мирового сообщества, позиция. Одновременно — это свидетельство верности своему культурно-религиозному типу, что в немалой степени способствует его выживанию и сохранению.

Раздел I. Медицина как социальное естествознание

Современная медицина — это уникальная форма синтезирования достижений фундаментальных и прикладных отраслей естествознания. Но от «чистого» естествознания медицину отличает то, что она работает не с «веществом», «полем» или «информацией», а с человеком, знание о котором не ограничивается естествознанием, но предполагает социально-гуманитарное измерение.

Само слово «медицина», имеющее своим основанием латинское «*medicina*», свидетельствует об этом. Так, близкое к «*medicina*» слово «*medicare*» имеет два значения — лечить и отравлять, а «*medicamen*» — медикамент и яд, волшебство, что постоянно напоминает о мере ответственности лечащего перед пациентом. Корень слова «медицина» — индоевропейское «*med*» — означает «середина», «мера». Смысл этих слов в зависимости от временных особенностей культуры связан и с нахождением средства (меры) исцеления, и с оценкой исцеления как действия между чудом и знанием, и с «срединным» местом медицины между естествознанием и социально-гуманитарным знанием. Это «срединное» место позволяет определить медицину как социальное естествознание. Социальная составляющая медицины предполагает изучение всей системы отношений между врачом и пациентом в диапазоне от традиционной заботы о психическом состоянии больного до принципов этического и законодательного регулирования врачебной деятельности. Традиционно социальная составляющая медицинского знания была представлена профессиональной этикой. В условиях современной культуры она дополняется медицинским правом.

Глава 1. Медицина, этика, право и религия: формы взаимодействия

1.1. Особенности правовой и моральной регуляции

В XX веке медицинская деятельность регламентируется двумя формами социального регулирования — моралью и правом. Принципиальное отличие правового регулирования человеческих отношений от морального заключается в том, что правовое регулирование реализуется через законы, правительственные постановления, судебные решения. В то время как моральное регулирование осуществляется на уровне

индивидуального нравственного сознания и общественного мнения. «Интерес собственно нравственный, — писал Вл. Соловьев, — относится непосредственно не к внешней реализации добра, а к его внутреннему существованию в сердце человеческом»⁵. Такая локализация нравственных требований предполагает свободное и добровольное их исполнение, напротив, требования правовые допускают или прямое, или косвенное принуждение.

Принудительный характер права сохраняется, несмотря на то, что в современной культуре произошли серьезные изменения судебно-правовой системы в сторону роста влияния охранительного правосудия, в рамках которого права и свободы личности признаются ценностями, охрана которых становится приоритетной задачей современных правовых государств. В России принципиальные изменения в понимании права происходят в 90-х годах. В бывшем Советском Союзе преобладала карательная, а не охранительная функция правосудия. Доктрина государственного уголовного возмездия основывалась на понимании права как средстве предупреждения преступления. Права гражданина в области здравоохранения сводились к государственным гарантиям от профессиональных преступлений, подлежащих уголовному наказанию. Согласно Уголовному кодексу РСФСР от 27.10.60, к категории преступлений относились: «неоказание помощи больному», «незаконное производство аборт», «выдача подложных документов», «незаконное врачевание», «нарушение правил, установленных с целью борьбы с эпидемией», «стерилизация женщин и мужчин без медицинских показаний», «недопустимые эксперименты на людях», «нарушение правил хранения, производства, отпуска, учета, перевозки сильнодействующих ядовитых и наркотических веществ», «халатность», «убийство по неосторожности». В результате изменений в Уголовном кодексе РФ от 15.05.95 изъята статья о стерилизации и добавлен ряд новых статей, среди которых «незаконное помещение в психиатрическую больницу» (ст.126 (2)), «разглашение сведений, составляющих врачебную тайну» (ст.128 (1)). В новом Уголовном кодексе РФ, вступившем в силу 01.01.97, перечень основных профессиональных преступлений сохраняется. Статья о «разглашении сведений, составляющих врачебную тайну», поглощается более общей формулировкой статьи 137 (2) «Нарушение неприкосновенности частной жизни». В раздел «Преступления против жизни и здоровья» вводятся две новые статьи: «принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации» (ст. 120) и «заражение ВИЧ-инфекцией» (ст. 122). Однако изменения происходят не только в Уголовном кодексе. В 1993 году утверждается Общеправовой классификатор отраслей законодательства, который включает в себя такую

самостоятельную отрасль, как Законодательство об охране здоровья граждан, которое в свою очередь представлено рядом законов — «О трансплантации органов и (или) тканей человека», «О психиатрической помощи» и т. д. Эти законы детально регламентируют взаимоотношения граждан-пациентов, с одной стороны, и медицинских работников и учреждений — с другой, при оказании медицинской помощи. При этом медицинское право становится открытой системой: число нормативных актов растет. Например, в Комитете по безопасности Государственной Думы подготовлен проект Федерального закона «О правах и безопасности пациентов в сфере здравоохранения», в Комитете по охране здоровья — проект Федерального закона «О здравоохранении Российской Федерации», проект Федерального закона «О репродуктивных правах граждан и гарантиях их осуществления». В 1996 году российская общественность получила возможность познакомиться с проектом закона «Об эвтаназии и условиях ее применения»⁶. Тенденция к всеохватывающему законодательному регулированию отношений между пациентом и медицинским работником соответствует курсу на создание в России правового государства, в рамках которого главным принципом в регулировании человеческих отношений провозглашается закон, а не те или иные интересы власти. Отличительным признаком правового государства является детально разработанное «охранительное» (наряду с карательным) правосудие, чья основная задача заключается в охране и защите прав и свобод личности, которые в правовом государстве признаются как важнейшие ценности. Законодательство об охране здоровья граждан являет собой типичный образец охранительного права. В правовом государстве происходит переход от запретительного и обвинительного понимания права, от права как «уложения о наказаниях», к пониманию права как «совокупности общеобязательных правил поведения». К претензиям современных идеологов истолковывать право как институт, способный и предназначенный «определять поведение людей и их коллективов, давать ему направление функционирования и развития, вводить его в определенные рамки, целеустремленно его упорядочивать»⁷, необходимо относиться критически. Ведь «право есть низший предел или определенный минимум нравственности»⁸. В этом заключается еще одно принципиальное отличие правовой и моральной регуляции поведения человека. В чем же состоит этот «минимум нравственности» права? Прежде всего, в исходном и определяющем смысле и значении морали для права. Например, Библейский Декалог (Десять заповедей) был и остается введением не только для всех законодательных частей Пятикнижия, но и для всей последующей законодательной европейской и азиатской культуры. Но заповеди — это веление Бога, а право — это феномен человеческой воли, выражение интересов и потребностей людей. Влияние и

организующая роль иудео-христианской морали в формировании законодательств современных культурных народов вряд ли могут быть оспорены. Спорной оказалась попытка средневековых законодательств объединить «порядок благодатный», который по сути своей не может не быть добром, с «порядком правовым», который по сути своей не может не быть связан с карой, наказанием, принуждением, ограничением свободы — словом, со злом. Задача права «не в том, чтобы лежащий во зле мир превратился в Царство Божие, а в том, чтобы он до времени не превратился в ад»⁹. Реальность различия и несоответствия между нравственностью и правом, ценностями и законом, приводит мыслителей XVII-XVIII веков — Гоббса, Локка, Руссо, Канта, Фихте и др. — к принципиальному отделению права от нравственности и приданию праву чисто формального характера. Право начинает определяться как средство разграничения воли отдельных лиц. Тем не менее «минимум морали» сохраняется и в предельно формализованном праве. Он заключается в признании ценности достоинства человека и его неотъемлемых прав. До середины XVIII века эта ценность была наполнена религиозным содержанием: достоинство человека и его права, и, прежде всего, право на свободу, определялись тем, что каждый человек есть образ и подобие Божие. На протяжении веков эта идея работала на превращение в «антропологически несущественные» различия между людьми — свободными и рабами, варварами и греками и т. п. Результатами этой многовековой работы и являются ценности прав, свобод и равенства людей.

Секуляризированные ценности «естественных прав» и достоинства человека становятся «этическим минимумом» либерального права. Эти ценности отбирает и признает либерализм по критерию их природной прирожденности, который в свою очередь объявляется определяющим в условиях «этического плюрализма», т. е. разнообразия моральных регуляторов и их относительности в различных регионах мира. Именно «этический плюрализм» становится основанием претензий современного либерального права определять поведение людей, т. е. выполнять функции морали, а в перспективе выйти на уровень создания «новой» общечеловеческой морали. В качестве примера вытеснения морали правом может быть рассмотрено отношение к абортам в России. Большая Советская Энциклопедия определяла: «Право — это совокупность установленных или санкционированных государством общеобязательных правил поведения». Соединение понимания права как совокупности «общеобязательных правил поведения» с законодательным принципом, согласно которому «каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве», и дает в итоге «новый этический

стандарт», который формирует сознание людей, определяет их поведение и приводит к той статистике, по которой Россия устойчиво занимает первое место в мире по числу производимых аборт. Попытки современного либерального права заменить собой моральное регулирование обрекает законодательство на утрату своих функций: упорядочивания, соблюдения и охрану интересов всех членов общества. Например, согласно статье 36 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан», каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве». Это вряд ли может быть согласовано с пониманием деторождения как «дара Божьего» и с интересами людей, разделяющих моральные принципы иудаизма, христианства во всех его вероисповеданиях, ислама и других религиозных объединений. Данный пример можно рассматривать также в качестве проявления принципиального несовпадения законов и нравственных ценностей, различия права и морали. Это несовпадение ценностей и законов делает понятным, почему во многих государствах Европы и Америки, наряду с детально проработанной правовой регламентацией существуют детально проработанные этические кодексы профессиональных медицинских объединений. И в условиях преобладания карательного правосудия, и в условиях доминирования правоохранительной системы этика вообще и профессиональная биомедицинская этика, в частности, выполняют социальную функцию защиты личности врача, его право поступать не только по закону, но и по совести. К типичным примерам несовпадения права и морали можно отнести законодательство фашистской Германии 1938-1939 гг. об эвтаназии неполноценных. Известный немецкий философ и психиатр К. Ясперс утверждал, что XX век породил не только атомную бомбу и бактериологическое оружие, но и феномен преступной государственности, в котором абсолютное зло находит свое легальное политико-юридическое воплощение. Ж. Доссе в работе «Научное знание и человеческое достоинство» утверждает, что люди должны опасаться не научных достижений, а тоталитарных режимов, которые с помощью законодательства могут использовать их против человеческого достоинства¹⁰. Если врач не ограничивается в своей деятельности механическим исполнением законов, но стремится к выполнению своего долга добровольно и осмысленно, то освоение реальности морально-этического знания означает для него решение одной из задач совершенствования в профессионализме.

1.2. Этика о нравственности и профессиональной морали

Нравственность — это внутренний код, определяющий человеческие отношения. Неудивительно поэтому, что религиозная культура, а также любая фундаментальная философская система обладают «ключом» к расшифровке этого кода, т. е. включают в

себя этику. Латинское слово *ethica*, восходящее к греческому *ethos* (обычай), означает — учение о нравственности, т. е. систему непротиворечивых суждений об основаниях, смысле и назначении морали. При определении этики употребляются слова «нравственность» и «мораль», которые в данном случае и очень часто в разговорной речи используются как синонимы, т. е. слова равные по значению. Тем не менее, между ними есть различие. Этимологический анализ русского слова «нрав» приводит к исконно русскому «норов», что как нельзя лучше свидетельствует о том, что слова «нрав», «нравственность» фиксируют эмоционально-психический склад, характер человека, который не всегда оценивается положительно. «Норов», или «нрав», человека может быть вспыльчивым, угрюмым, жестоким и т.п.

Это различие сохраняется, когда поступок человека оценивается как нравственный (человек действовал по своему нраву), но не моральный (т. е. вопреки нормам общества). Типичным примером несовпадения «нравственности» и «морали» является поступок Анны Карениной в одноименном романе Л. Н. Толстого. Анна, оставляя мужа, поступает нравствен но, т. е. согласно своим чувствам и характеру, но аморально, т. е. вопреки долгу и нормам общества. Этот пример свидетельствует, что за понятием «мораль» закрепилось значение отклассифицированных нравов, приемлемых (должных, добрых) и неприемлемых (недолжных, злых) для общества, или значение совокупности принципов и норм поведения людей в обществе. Схематично каждый поступок человека является результатом взаимодействия (включая противоборство) его нрава («природы», «свободы») и моральных норм («долга», «обязанности»). Многообразие возможных комбинаций и сочетаний в этом взаимодействии определяется многообразием характеров, ситуаций, эмоциональных состояний и составляет реальность нравственных отношений. Исходное многообразие нравственной реальности фиксируется в этике понятием «относительности». Перенос этого понятия на уровень моральных норм и принципов типичен, но не вполне корректен. Вряд ли можно говорить об относительности Библейского Декалога (Десять заповедей Моисея), который существует уже свыше 3000 лет и принят разными народами как основа нравственной жизни. Более того, история культурных сообществ свидетельствует, что существует фундаментальное единообразие в главных моральных универсалиях, а разнообразие культур определяется различием в этических деталях. Современные исследования свидетельствуют, что «индивиды и культуры не очень глубоко различаются в отношении того, что они считают конечными этически ми ценностями»¹¹. К непреходящим этическим ценностям относятся: милосердие, забота, сочувствие, спасение жизни. Именно эти ценности являются

центральными и определяющими для профессиональной врачебной или медицинской морали. Независимо от того, на каком континенте работает врач или в какой стране живет пациент, несмотря на существующие временные и пространственные границы, вопреки культурно-национальным различиям между людьми, ценности жизни и милосердия принимаются всеми врачами и пациентами. Таким образом, к принципиальным особенностям профессиональной врачебной морали относится ее универсальный или всеобщий характер. Врачебную мораль можно определить как систему обязательств, которую принимает и исполняет врач, оказывая помощь больному человеку. Но каково отличие системы обязательств в профессиональной врачебной морали от любой другой системы моральных обязательств, в том числе и профессиональной? Возникновение той или иной формы профессиональной морали является результатом взаимодействия определенных форм реальной практической деятельности и ее идеальных регуляторов. Различие форм практической деятельности определяет различие форм прикладного этического знания (политическая этика, юридическая этика, этика бизнеса и т.п.). Своеобразие прикладного этического знания заключается в том, что идеальные регуляторы той или иной профессиональной деятельности практически всегда содержат определенное отступление от общепринятых моральных представлений. Это отступление имеет форму или повышенного значения того или иного морального принципа (например, «долг» в юридической этике), или форму снижения порога требовательности (например, правило этики торгового бизнеса — «покупатель всегда прав»). Профессиональная этика, как правило, оправдывает тот или иной вид «отклоняющегося поведения». Мера и формы этого «отклонения» определяются особенностями профессиональной деятельности. Принципы профессиональной врачебной этики, сформулированные Гиппократом, действительно «отклонялись» от влиятельных в античной культуре натуралистическо-гедонистических ориентаций, которые были направлены на культивирование естественных свойств и индивидуалистических потребностей человека. «Отклонение» в нравственном поведении врача от реальной практики человеческих отношений Гиппократ видел прежде всего в том, что оно должно быть сориентировано не на личное индивидуальное благо врача и поиск путей его достижения (будь то благо материальное, чувственное и т. п.). Поведение врача и с точки зрения его внутренних сущностных устремлений, и с точки зрения его внешних поступков должно мотивироваться интересами и благом пациента. «В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, не праведного и пагубного», — писал Гиппократ¹². Практическое отношение врача к больному и здоровому человеку, изначально ориентированное на заботу, помощь, поддержку,

безусловно, является основной чертой профессиональной врачебной этики. Гиппократ справедливо отмечал непосредственную зависимость между человеколюбием и результативностью профессиональной деятельности врача. Человеколюбие не только является основополагающим критерием выбора профессии, но и непосредственно влияет на успех врачебной деятельности, в значительной степени определяя меру врачебного искусства. «Где любовь к людям, — писал Гиппократ, — там и любовь к своему искусству»¹³. Умение подчинить себя интересам больного, милосердие и самоотверженность — это не только и не просто заслуживающие уважения свойства личности врача, а свидетельство его профессионализма. Однако задача этики, и общей и профессиональной, заключается не только в том, чтобы перечислить основные (в частности для данной специальности) ценности и связать их в определенное практическое нравоучение. Одной из задач этики является объяснение и обоснование того, почему именно эти ценности получают статус основных, какова природа и причина их обязательности, в каком отношении ценности профессиональной этики находятся к другим нравственным ценностям и каково место профессиональной врачебной этики среди существующих этических теорий.

1.3. Типы этических теорий

История культуры представлена рядом разнообразных теорий относительно природы моральных обязательств и нравственных ценностей. Такое разнообразие связано с возможностью выбора разных исходных оснований при объяснении сущности, природы, функций морали и нравственных отношений. Сама же разность исходных оснований сводится в своем логическом пределе к двум типам этических теорий. Первый тип этических теорий связывает решение морально-этических проблем с Божественным Откровением. Для второго типа характерно отрицание этой связи и стремление обойтись принципом целесообразности и пользы. Логическое противостояние двух типов этических теорий принимало в истории культуры разные формы, да и сами теории назывались по-разному. Первый тип этических теорий получал названия «авторитарной», «религиозной», «деонтологической» этики. Второй связывался с этикой «натуралистической», «прагматической». Натуралистическо-прагматический тип этических теорий представлен в истории культуры даосской традицией на Востоке, киническим гедонизмом в античности, идеологами «естественности» человеческой природы, права, морали в Новое время, прагматизмом, утилитаризмом, социобиологизмом в современной культуре. Позитивное содержание любой из перечисленных концепций в рамках данного типа располагается между двумя позициями. Исходной, как правило, является признание

«первичности» реальности природных потребностей или нужд, социальных интересов человека, которые являются «базисом» для череды сменяющих друг друга ценностей и идеалов. Конечной позицией при данной исходной неизбежно становится нигилизм, т. е. отрицание реальности идеального измерения человеческих отношений. Ценности «милосердия», «любви», «заботы», «сострадания» лишаются самодостаточности и рассматриваются как более или менее удачно используемые средства для достижения поставленных целей и удовлетворения интересов соперничающих «воль». «Польза» и «благо» становятся критериями моральности поведения и поступка, при этом «благо» трактуется как польза для максимально большого количества людей. Очевидно, что польза бывает разная. В перечне возможных «польз», опять же в рамках данного типа этических учений, ведущее место занимает польза экономическая. Несложные экономические расчеты приводят к выводу, что «больной — паразит общества». Именно это суждение становится исходным и определяющим в той новой «морали для врачей», которую предлагает Ф. Ницше. В его философии логика натуралистическо-прагматической этики представлена наиболее последовательно. В 36-м фрагменте «Сумерков кумиров» Ницше пишет: «Мораль для врачей. Больной — паразит общества. В известном состоянии неприлично продолжать жить. Прозабывание в трусливой зависимости от врачей и искусственных мер после того, как потерял смысл жизни, право на жизнь, должно бы вызывать глубокое презрение общества. Врачам же следовало бы быть посредниками в этом презрении — не рецепты, а каждый день новая доза отвращения к своему пациенту... Создать новую ответственность, ответственность врача, для всех случаев, где высший интерес к жизни, восходящей жизни, требует беспощадного подавления и устранения вырождающейся жизни — например, для права на зачатие, для права быть рожденным, для права жить... Не в наших руках воспрепятствовать нашему рождению: но эту ошибку — ибо порою это ошибка — мы можем исправить. Если уничтожаешь себя, то делаешь достойное величайшего уважения дело: этим почти заслуживаешь жить.... Общество, что я говорю — сама жизнь имеет от этого большую выгоду, чем от какой-нибудь «жизни» в отречении, бледной немочи и другой добродетели...»¹⁴. Основные установки натуралистическо-прагматической этики в полной мере являются смылосоставляющими принципами обоснования морально-этической «правомерности» эвтаназии, экономической и демографической целесообразности «прогностического» контроля медицинской генетики за «здоровьем населения», правомерности уничтожения жизни на эмбриональном уровне, просчета «цены» трансплантологического продления и завершения жизни по критериям «смерти мозга» и т. п. Во второй половине XX века формируется первый блок «новых этических стандартов».

К ним относятся: «моральность убийства», «моральность отключения жизнеподдерживающей аппаратуры» — эти понятия работают на уровне заголовков статей, фиксированных тем научных конференций; «достойно жить, достойно умереть» — лозунг сторонников эвтаназии; «смерть мозга» — не только медицинская, но и этическая санкция на исследование и использование человеческого биоматериала (европейская культура знакома с ситуациями, когда анатомо-физиологические понятия одновременно наполнялись и этическим смыслом, например, «сердечный» человек в христианской морали); «дарение органов» — «культурное пространство» бывшего СССР максимально подготовлено к принятию этого стандарта благодаря архетипу горьковского «героя-Данко», спасающего людей своим вырванным, бьющимся, «горячим» сердцем; «технология деторождения» — одно из названий нового вида бизнеса, уже сегодня процветающего за счет «беременных» доходов; «рациональное планирование семьи», «генетическая политика», «генетическое наступление» на наследственные заболевания с целью «коррекции естественного отбора», пренатальная диагностика как средство «искусственного отбора» и т.д., и т.п. Данные «этические стандарты» являются структурными элементами либеральной формы биоэтики. Натуралистическо-прагматическую этику и либеральную идеологию объединяет общее исходное основание, коим является доминирование естественных прав и прирожденных потребностей человека. При этом важным является то, что сами природные потребности, возведенные в ранг высших ценностей, становятся основанием выхода из режима самой природной естественности. Именно это и происходит в либеральной биоэтике, отстаивающей право рожать детей, даже когда это право не дает природа, продолжать жить, даже когда это право забирает природа, умереть «легко», вопреки природным процессам, изменить свой пол, вопреки природе, уничтожить жизнь, когда она даруется природой. Установление связи либеральной биоэтики и натуралистическо-прагматического сознания принципиально. Натуралистическо-прагматическое сознание неслучайно получило обоснование в философии Ф. Ницше и характеристику — имморализм (лат. *im* (не) + *moralis* (нравственный)), свидетельствуя прежде всего о своем противостоянии традиционному морально-этическому сознанию. Традиционное морально-этическое сознание представляет тип этических учений, к которому относятся этическая доктрина иудаизма, конфуцианства, этические воззрения Гераклита, Сократа, Платона. Все перечисленные концепции совершенно оригинальны, индивидуальны, внутренне целостны, более того, друг с другом трудно совместимы. Но их можно объединить логически, представив как некую (вторую в нашей классификации) типологическую единицу. Для этого типа этических теорий опорой и основанием решения морально-

нравственных проблем является идеальная самодостаточная реальность, несводимая ни к человеческой природе, ни к практическому расчету, ни к экономической выгоде, ни к социальной целесообразности, но задающая направление и смысл не только нравственному поведению, но и человеческому существованию в целом. Различие в понимании этой реальности приводит к тому, что данный тип этических учений может быть назван идеалистическим, или деонтологическим, или религиозным. В книгах Ветхого Завета этика сакральна. Она понимается как «закон Бога нашего» (Ис. 1,10) и представляет собой совокупность законов и нравственно-этических постулатов, исходящих от Бога и обращенных к человеку. В конфуцианстве этика «метафизична» и предельно авторитарна. «Ли» — ритуал, совокупность осознанно необходимых и социально санкционированных правил поведения. «Нельзя смотреть на то, что противоречит ли, нельзя слушать то, что противоречит ли, нельзя говорить то, что противоречит ли», — требовал Конфуций¹⁵. Свод нормативных правил «ли» не допускал ситуационного или какого-либо творческого подхода. Допускалось лишь одно — тщательное их изучение и соблюдение. Для характеристики античной этики часто используют изречение Гераклита, согласно которому, поскольку человек есть человек, он обитает вблизи Бога. Этой «обителью» («этос») и является этика, которая в своем истоке глубоко онтологична, или, как говорит М. Хайдеггер, фундаментально онтологична¹⁶. Особое место среди учений религиозного типа занимает христианская этика. Для европейской культуры вообще и для российской, в частности, христианское нравственное вероучение имеет определяющее значение. Оно существовало и существует как многовековая традиция религиозно-этического толкования Откровения, начиная с творений Отцов Церкви, включая богословие средних веков, Нового времени, вплоть до современного религиозного этического сознания. «Ключом» к христианской этике можно рассматривать слова, с которых Августин Блаженный начинает свою «Исповедь»: «...Не знает покоя сердце наше, пока не успокоится в Тебе»¹⁷. В христианской этике «мера» моральности дана или открыта каждому человеку в Библейском Откровении и в «нравственном законе внутри нас». Для Канта, например, этим внутренним законом, т. е. высшей нравственной ценностью, является долг, подчинение которому и составляет собственно моральный поступок. Благодаря Канту, слово деонтология («деон» — долг, «логос» — закон, учение) становится синонимом нравственной философии. Влияние Канта в современной религиозной католической и протестантской этике — велико. «Нравственный закон внутри нас» становится определяющим «антропным» основанием для современной консервативной христианской биоэтики. Для протестантизма она является, прежде всего «этикой ответственности» врача, исследователя перед человеком и

за человека и понимается как определяющий ориентир в профессиональной деятельности. Для католической христианской биоэтики также характерно «антропное» основание. Христианская биоэтика понимается как «антропология человеческого достоинства», как философское прослеживание, проникновение и оценивание всех случаев, происшествий, судеб и их классификация¹⁸. Православие, являясь исторически и логически первым христианским вероучением, сформировало традицию онтологического понимания нравственности, т.е. глубинной включенности нравственности в единое и целостное «устроение мира». Именно поэтому в православной нравственной философии моральные ценности и первая из них — любовь к Богу и ближнему — не только желательная норма поведения. Это — норма или принцип бытия, или закон «устроения мира», без соблюдения которого распадается «связь времен» и смыслов, одним из звеньев которой является смысл человеческой жизни. Смысл человеческой жизни в христианской этике непосредственно связан со служением ближнему и «деланием добра». В связи с этим врачевание, по сути дела — одна из уникальных человеческих профессий, смысл и назначение которой максимально совпадает с «деланием добра», с христианскими ценностями милосердия, человеколюбия и спасения жизни. Не случайно первая модель социального института здравоохранения как деятельного проявления милосердия и человеколюбия была реализована в христианских монастырях. Глубоко символична красно-крестная символика международной организации медицинской помощи и милосердия, на которую уповают сегодня в каждом неблагополучном районе мира, что в который раз подтверждает слова Иоанна Златоуста: «Такова сила милосердия: оно бессмертно, нетленно и никогда не может погибнуть»¹⁹. Типологическая близость религиозно-деонтологической и медицинской профессиональной этики очевидна. Но можно ли говорить об этой связи перед лицом новых реалий современной медицинской науки и практики? Имеет ли моральное право врач-реаниматолог продлевать процесс умирания или осуществлять умерщвление в ситуациях безнадежного состояния больного? Насколько необходима определенная организация медицинского умерщвления для трансплантологической практики? Совпадают ли цели и средства «фетальной терапии»? Какими будут демографические и социальные последствия медицинского прогнозирования? Ответы на эти вопросы непосредственно связаны с выбором нравственных ценностей. Типологическая характеристика сосуществующих и принципиально различающихся этических традиций дает необходимые ориентиры для того выбора правил и ценностей, который должен сделать каждый современный врач. Одним из оснований этого выбора является опора на историю и логику развития профессиональной медицинской этики.

Глава 2. Исторические модели и моральные принципы биомедицинской этики

Более 25 веков в пространстве европейской культуры формировались, сменяли друг друга различные морально-этические принципы, правила, рекомендации, сопровождавшие многовековое существование медицины. Возможно ли в этом многообразии вычленить подходы, имеющие непреходящее значение для современного врача? Если мы обозначим все многообразие врачебного нравственного опыта понятием «биомедицинская этика», то обнаружим, что сегодня она существует в четырех формах или моделях: модели Гиппократы, модели Парацельса, деонтологической модели и в виде биоэтики, которая в свою очередь представлена двумя формами — либеральной и консервативной. Исторические особенности и логические основания каждой из моделей определяли становление и выработку тех моральных принципов, которые составляют сегодня ценностно-нормативное содержание современной биомедицинской этики.

2.1. Модель Гиппократы и принцип «не навреди»

Исторически первой формой врачебной этики были моральные принципы врачевания Гиппократы (460-377 гг. до н. э.), изложенные им в «Клятве», а также в книгах «О законе», «О врачах» и др. Гиппократы называют «отцом медицины». Эта характеристика не случайна. Она фиксирует рождение профессиональной врачебной этики. В древних культурах — вавилонской, египетской, иудейской, персидской, индийской, греческой — способность человека врачевать свидетельствовала о его божественной избранности и определяла элитное, как правило, жреческое положение в обществе. Например, первые вавилонские врачи были жрецами, и основными средствами лечения были религиозные обряды и магия. Первый египетский целитель Имхотеп (около 2850 г. до н. э.) — жрец, который в последствии был обожествлен, и храм в его честь в Мемфисе был одновременно и госпиталем, и медицинской школой. Медицинская практика была исключительным правом магов Персии и рахманов Древней Индии. Исследователи предполагают, что отец Гиппократы был одним из жрецов Асклепия — бога медицины в древнегреческой цивилизации. Становление греческой светской медицины было связано не только с влиянием рационального знания и накоплением опыта врачевания, но и с принципами демократической жизни городов-государств Древней Греции. Освященные и необсуждаемые права врачующих жрецов постепенно, но неизбежно сменялись моральными профессиональными гарантиями и обязательствами лекарей перед пациентами. Так, в Клятве Гиппократы были впервые сформулированы и выписаны основные обязанности врача перед больными, перед своими коллегами по

ремеслу. Гиппократ писал: «Клянусь Апполоном-врачом, Асклепием, Гигией, и Панакеей и всеми богами и богинями, беря их в свидетели, исполнять честно, соответственно моим силам и моему разумению, следующую присягу и письменное обязательство: считать научившего меня врачебному искусству наравне с родителями делиться с ним недостатками и в случае надобности помогать ему в его нуждах; его потомство считать своими братьями; и это искусство, если они захотят его изучать, преподавать им безвозмездно и без всякого договора; наставления, устные уроки и все остальное в учении сообщать своим сыновьям, сыновьям своего учителя и ученикам, связанным обязательством и клятвой по закону медицинскому, но никакому другому. Я направляю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости. Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла; точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария. Чисто и непорочно буду проводить я свою жизнь и свое искусство. Я ни в коем случае не буду делать сечения у страдающих каменной болезнью, предоставив это людям, занимающимся этим делом. В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, неправедного и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободны ми и рабами. Что бы при лечении — а также и без лечения — я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной»²⁰. Практическое отношение врача к больному и здоровому человеку, изначально ориентированное на заботу, помощь, поддержку, безусловно, является основной чертой профессиональной врачебной этики. То, что впоследствии в христианской морали станет идеальной нормой отношения человека к человеку — «люби ближнего своего, как самого себя», «любите врагов ваших» (Мф.5,44) — в профессиональной врачебной этике является реальным критерием и для выбора профессии, и для определения меры врачебного искусства. Нормы и принципы поведения врача, определенные Гиппократом, являются не просто отражением специфических отношений в конкретно-исторической эпохе. Они наполнены содержанием, обусловленным целями и задачами врачевания, независимо от места и времени их реализации. В силу этого, несколько изменяясь, они работают и сегодня, приобретая в том или ином этическом документе, будь то «Декларация», «Присяга» и т.п., свой стиль, особую форму выражения. Примером документа, созданного в границах «модели Гиппократа», является «Клятва российского врача», принятая 4-й Конференцией Ассоциации врачей России в ноябре 1994 г.: «Добровольно вступая в медицинское сообщество, я торжественно клянусь и даю письменное обязательство посвятить себя

служению жизни других людей, всеми профессиональными средствами стремясь продлить ее и сделать лучше; здоровье моего пациента всегда будет для меня высшей наградой. Клянусь постоянно совершенствовать мои медицинские познания и врачебное мастерство, отдать все знания и силы охране здоровья человека, и ни при каких обстоятельствах я не только не использую сам, но и никому не позволю использовать их в ущерб нормам гуманности. Я клянусь, что никогда не позволю соображениям личного, религиозного, национального, расового, этнического, политического, экономического, социального и иного немедицинского характера встать между мною и моим пациентом. Клянусь безотлагательно оказывать неотложную медицинскую помощь любому, кто в ней нуждается, внимательно, заботливо, уважительно и беспристрастно относиться к своим пациентам, хранить секреты доверившихся мне людей даже после их смерти, обращаться, если этого требуют интересы врачевания, за советом к коллегам и самому никогда не отказывать им ни в совете, ни в бескорыстной помощи, беречь и развивать благородные традиции медицинского сообщества, на всю жизнь сохранить благодарность и уважение к тем, кто научил меня врачебному искусству. Я обязуюсь во всех своих действиях руководствоваться этическим кодексом российского врача, этическими требованиями моей ассоциации, а также международными нормами профессиональной этики, исключая не признаваемое Ассоциацией врачей России положение о допустимости пассивной эвтаназии. Я даю эту клятву свободно и искренне. Я исполню врачебный долг по совести и с достоинством»²¹. В 1999 году Государственная Дума РФ приняла текст «Клятвы врача», который составляет статью 60-ю Закона «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан»: «1. Лица, окончившие высшие медицинские образовательные учреждения Российской Федерации, при получении диплома врача дают Клятву врача следующего содержания. «Получая высокое звание врача и приступая к профессиональной деятельности, я торжественно клянусь: честно исполнять свой врачебный долг, посвятить свои знания и умения предупреждению и лечению заболеваний, сохранению и укреплению здоровья человека; быть всегда готовым оказать медицинскую помощь, хранить врачебную тайну, внимательно и заботливо относиться к больному, действовать исключительно в его интересах, независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств; проявлять высочайшее уважение к жизни человека, никогда не прибегать к осуществлению эвтаназии; хранить благодарность и уважение к своим учителям, быть требовательным и справедливым к своим ученикам, способствовать их профессиональному росту; доброжелательно относиться к коллегам,

обращаться к ним за помощью и советом, если этого требуют интересы больного, и самому никогда не отказывать коллегам в помощи и совете; постоянно совершенствовать свое профессиональное мастерство, беречь и развивать благородные традиции медицины». 2. Клятва врача дается в торжественной обстановке. Факт дачи Клятвы врача удостоверяется личной подписью под соответствующей отметкой в дипломе врача с указанием даты. 3. Врачи за нарушение Клятвы врача несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации». В этом же году Церковно-общественным Советом по биомедицинской этике Московского Патриарха та был принят следующий текст Присяги врача России: «Вступая в медицинское сообщество и приступая к врачебной деятельности, перед лицом своих Учителей и Товарищей по науке и искусству врачевания, **ТОРЖЕСТВЕННО ОБЯЗУЮСЬ**: — посвятить свою жизнь служению идеалам милосердия, гуманности и уважения к человеческой жизни с момента ее возникновения и никогда, даже под угрозой, не использовать свои медицинские знания во вред людям; — никогда и никому не отказывать во врачебной помощи и оказывать ее нуждающемуся с одинаковым старанием и терпением независимо от его благосостояния, социального положения, возраста, национальности, вероисповедания и убеждений; — направлять лечение больных к их пользе, соблюдая их права, не разглашая доверенные мне секреты, даже после их смерти; — не давать никому просимого у меня смертельного средства и не участвовать в действиях преднамеренного лишения жизни пациента, даже по его просьбе или просьбе его близких; — почитать моих учителей, помогать им в их делах и нуждах, на всю жизнь сохранить благодарность и уважение к тем, кто научил меня врачебному искусству; — обращаться, если этого требуют интересы больного, за советом к товарищам по профессии и самому никогда не отказывать им в совете и помощи; — считать моих коллег братьями и сестрами и говорить им, не оскорбляя их личности, правду прямо и без лицепрятия, если того требуют интересы больного; — постоянно совершенствовать свои медицинские познания и врачебное мастерство, передавая свои знания, умения и опыт врачевания ученикам; — поддерживать всеми моими силами честь и благородные традиции отечественной медицины и медицинского сообщества, исполняя мой профессиональный долг по совести и с достоинством; **Я ПРИНИМАЮ НА СЕБЯ ЭТИ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА торжественно, свободно и честно**». Ту часть врачебной этики, которая рассматривает проблему взаимоотношения врача и пациента под углом зрения социальных гарантий и профессиональных обязательств медицинского сообщества, можно назвать «моделью Гиппократата». Совокупность же рекомендаций, которые принимает медицинское сообщество, осознавая свою особую включенность в общественную жизнь, является принципами, заданными этикой

Гиппократ. Речь идет об обязательствах перед учителями, коллегами и учениками, о гарантиях непричинения вреда, оказания помощи, проявления уважения, справедливости, об отрицательном отношении к эвтаназии, абортам, об отказе от интимных связей с пациентами, о заботе, о пользе больного, о врачебной тайне. Среди перечисленных принципов основополагающим для модели Гиппократ является принцип «не навреди». В «Клятве» говорится: «Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости». Принцип «не навреди» фокусирует в себе гражданское кредо врачебного сословия. Модель Гиппократ содержит исходную профессиональную гарантию, которая рассматривается как условие и основание признания врачебного сословия не только обществом в целом, но и каждым человеком, который доверяет врачу ни много, ни мало — свою жизнь.

2.2. Модель Парацельса и принцип «делай добро»

Второй исторической формой врачебной этики стало понимание взаимоотношения врача и пациента, сложившееся в Средние века. Выразить ее особенно четко удалось Парацельсу (1493-1541). К. Г. Юнг так писал о Парацельсе: «В Парацельсе мы видим не только родоначальника в области создания химических лекарств, но также и в области эмпирического психического лечения»²². «Модель Парацельса» — это форма врачебной этики, в рамках которой нравственное отношение с пациентом понимается как составляющая стратегии терапевтического поведения врача. Если в гиппократовской модели медицинской этики завоевывается социальное доверие личности пациента, то «модель Парацельса» — это учет эмоционально-психических особенностей личности, признание глубины ее душевно-духовных контактов с врачом и включенности этих контактов в лечебный процесс. В границах «модели Парацельса» формируется 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 кровно-родственные отношения, для которых характерны положительные психоэмоциональные привязанности и социально-моральная ответственность, но и «целебность», некая «божественность» самого «контакта» врача и больного. Эта «целебность» и «божественность» определена, задана добродетелью врача, направленностью его воли к благу 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. Добро же по сути своей имеет божественное происхождение. «Всякое деяние доброе ... нисходит свыше, от Отца светов» (Иак. 1,17). Максим Исповедник писал: «Всякая добродетель безначальна, и время не предшествует ей, поскольку она имеет от вечности своим Родителем единственного Бога»²³. Парацельс учил: «Сила врача — в его сердце, работа его должна руководствоваться Богом и освещаться естественным светом и опытом; важнейшая основа лекарства — любовь»²⁴. В Средние века характер и уровень развития медицинских знаний находился в гармоничной связи с христианской антропологией, в частности с постановкой и решением проблемы взаимоотношения души и тела. Патологические процессы в организме человека проявляли себя и фиксировались в опыте и медицинском знании только на уровне болевых ощущений. Средневековое понимание собственно болезни — это, прежде всего состояние переживания боли. Но боль так же, как и радость, благодарность, — это человеческое чувство. «А чувство, — учил Августин Блаженный (354_430 гг.), — есть то, благодаря чему душа осведомлена о том, что испытывает тело». Чувство боли, например, от ножевой раны испытывает душа, «боль не содержится в ножевой ране, так как чисто механическое повреждение не заключает в себе боли»²⁵. Душа же является для тела деятельным и управляющим принципом²⁶. Десять веков спустя христианский философ Иоанн Жоденский так сформулирует этот принцип христианской антропологии: «Я верю и тверд в убеждении, что субстанция души наделена естественными способностями, чья деятельность независима от каких бы то ни было телесных органов... Такие способности относятся к более высокому уровню, чем телесность, и намного превосходят ее возможности»²⁷. Несомненно, под влиянием христианской антропологии Парацельс рассматривал физическое тело человека «лишь как дом, в котором обитает истинный человек, строитель этого дома; поэтому, рассматривая и изучая этот дом, нельзя забывать главного строителя и истинного хозяина — духовного человека и его душу»²⁸. Считается, и не без достаточных оснований, что христианское понимание души способствовало становлению суггестивной терапии (терапии внушения), которую активно применял выдающийся врач XVI столетия Джероламо Кардано, рассматривая ее как необходимую и эффективную составляющую любого терапевтического воздействия. Кардано понял роль фактора доверия и утверждал, что успешность лечения во многом определяется верой пациента во врача: «Тот, кто больше верит, излечивается лучше»²⁹. В терминологии современной психоаналитической медицины пациент, который «верит», т.е. всецело расположен к своему терапевту, готов поделиться с ним своими секретами, находится в состоянии «позитивной трансференции». В конце XIX века З. Фрейд десакрализирует патернализм, констатируя либидинозный

характер взаимоотношения врача и пациента. Его понятия «трансфер» и «контртрансфер» являются средством теоретического осмысления сложного межличностного отношения между врачом и пациентом в психотерапевтической практике. С одной стороны, Фрейд констатирует «целebный» характер личной включенности врача в лечebный процесс. С другой — говорит о необходимости ее максимальной деперсонализации (со стороны врача), в частности, и как средстве психо-эмоциональной защиты врача, работающего, как правило, одновременно с несколькими пациентами. Условием и средством достижения деперсонализации является этичность поведения врача. З. Фрейд полагал, что всякий психотерапевт, а деятельность врача любой специальности включает в себя психотерапевтическую компоненту, «должен быть безупречным, особенно в нравственном отношении»³⁰. Очевидно, речь идет не только о «безупречности» как теоретически выверенной стратегии терапевтического поведения, основывающегося и на особенностях природы лечebной деятельности, и на сущностных принципах человеческой жизни, но и о «безупречности» как почти механической точности соответствия поведения врача тем или иным нормативам этических требований.

2.3. Деонтологическая модель и принцип «соблюдения долга»

Нравственная безупречность — в смысле соответствия поведения врача определенным этическим нормативам — составляет существенную часть медицинской этики. Это ее деонтологический уровень, или «деонтологическая модель».

Термин «деонтология» (от греч. *deontos* — должное) был введен в советскую медицинскую науку в 40-х годах XX века профессором Н. Н. Петровым. Н. Н. Петров использовал этот термин, чтобы обозначить реально существующую область медицинской практики — врачебную этику, — которая в России была «отменена» в 1917 году за логическую и историческую связь с религиозной культурой. Но от этой связи никуда не уйти. Истоки представлений о «должном» находятся в религиозно-нравственном сознании, для которого характерно постоянное соизмерение, соблюдение себя с «должным» и осуществление оценки действия не только по результатам, но и по помыслам. Деонтологическая модель врачебной этики — это совокупность «должных» правил, соответствующих той или иной конкретной области медицинской практики. Примером деонтологической модели может служить хирургическая деонтология. Н. Н. Петров в работе «Вопросы хирургической деонтологии» выделял следующие правила: — «хирургия для больных, а не больные для хирургии»; — «делай и советуй делать больному только такую операцию, на которую ты согласился бы при наличной обстановке

для самого себя или для самого близкого тебе человека»; — «для душевного покоя больных необходимы посещения хирурга накануне операции и несколько раз в самый день операции, как до нее, так и после»; — «идеалом большой хирургии является работа с действительно полным устранением не только всякой физической боли, но и всякого душевного волнения больного»; — «информирование больного», которое должно включать упоминание о риске, о возможности инфекции, побочных повреждений. Симптоматично, что, с точки зрения Н. Н. Петрова, «информирование» должно включать не столько «адекватную информацию», сколько внушение «о незначительности риска в сравнении с вероятной пользой операции»³¹. Еще одним примером деонтологической модели являются правила относительно интимных связей между врачом и пациентом, разработанные Комитетом по этическим и правовым вопросам при Американской медицинской ассоциации. Они таковы: 1. «Интимные контакты между врачом и пациентом, возникающие в период лечения, аморальны. 2. Интимная связь с бывшим пациентом может в определенных ситуациях признаваться неэтичной. 3. Вопрос об интимных отношениях между доктором и пациентом следует включить в программу обучения всех медицинских работников. 4. Врачи должны непременно докладывать о нарушении врачебной этики своими коллегами»³². Характер этих рекомендаций достаточно жесткий. Очевидно, что их нарушение может повлечь за собой определенные дисциплинарные и правовые последствия для врачей, которых объединяет данная Ассоциация. Принцип «соблюдения долга» — основной для деонтологической модели. «Соблюдать долг» — это, значит, выполнять определенные требования. Недолжный поступок — тот, который противоречит требованиям, предъявляемым врачу со стороны медицинского сообщества, общества и его 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, в том числе аргументы от «приятного и неприятного», «полезного и бесполезного» и т. п. 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. Многочисленные советские издания по медицинской деонтологии периода 60-80-х годов представляют собой перечень и характеристику этих правил практически по всем медицинским областям. Примером тому является книга «Проблемы медицинской деонтологии»,

изданная в 1977 году, где помещено 90 статей, отражающих деонтологические аспекты различных клинических дисциплин и узкопрофильных специальностей³³.

2.4. Биоэтика и принцип уважения прав и достоинства человека

В отличие от медицинской этики на уровне деонтологической модели, например, в акушерстве и гинекологии, где речь идет об «осторожности в высказываниях при пациентках», «о завоевании доверия», «о ровном, спокойном, разумном поведении врача, сочетаемым с заботливым и внимательным отношением к пациентке»³⁴, в биоэтике основным становится конфликт прав, в данном случае, «права плода на жизнь» и «правом женщины на аборт». Еще одним примером биоэтических проблем является отношение к эвтаназии. Здесь правовое сознание индивида-пациента, отстаивающее «право на достойную смерть», вступает в противоречие с правом личности врача исполнить не только профессиональное правило «не навреди», но и общечеловеческую заповедь — «не убий». В современной медицине речь идет уже не только о «помощи больному», но и о возможностях 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, все более становится «прогностической». Французский иммунолог и генетик Ж. Доссе полагает, что прогностическая медицина «поможет сделать жизнь человека долгой, счастливой и лишенной болезней». Но только одно «но», с точки зрения Ж. Доссе, стоит на пути этой светлой перспективы. Это — «лицо или группа лиц, движимых жадой власти и нередко зараженных тоталитарной идеологией»³⁵. Прогностическую медицину еще можно определить как бессубъектную, безличностную, т. е. способную к диагностированию без субъективных показателей, жалоб и т. п. пациента. Она действительно способна превратиться в реальный и беспрецедентный рычаг контроля и власти, как над отдельным человеком, так и над отдельными народами, этническими группами и даже регионами. Эти процессы высвечивают, почему в 60-70-х годах XX века формулируется такая форма медицинской этики как биоэтика, которая начинает рассматривать медицину в контексте прав человека. Основным моральным принципом биоэтики становится принцип уважения прав и достоинства человека. Под влиянием этого принципа меняется решение «основного вопроса» медицинской этики — вопроса об отношении врача и пациента. Как известно, патернализм работал в режиме неоспоримого приоритета или «первичности» авторитета врача. Сегодня остро стоит вопрос об участии больного в принятии врачебного решения. Это далеко не «вторичное» участие оформляется в ряд новых моделей взаимоотношения врача и пациента. Среди них

— информационная, совещательная, интерпретационная, каждая из которых является своеобразной формой защиты прав и достоинства человека. Конфликт «прав», «принципов», «ценностей», а в конце концов человеческих жизней и судеб культуры — реальность современного плюралистического общества. Конкретной формой разрешения возможных противоречий в области биомедицины являются биоэтические общественные организации (этические комитеты). Профессор Б. Г. Юдин полагает, что «биоэтику следует понимать не только как область знаний, но и как формирующийся социальный институт современного общества»³⁶. Этот институт включает этические комитеты при больницах, этические комиссии в научно-исследовательских учреждениях, специализированные биоэтические организации, объединяющие, наряду с медиками, священников, юристов, специалистов по биомедицинской этике и других граждан. Их задача — решение вопросов, связанных с выработкой рекомендаций по конкретным проблемным ситуациям медико-биологической деятельности, будь то ее теоретическая или практическая сторона. Введение этических комитетов в качестве самостоятельной структуры в систему российского здравоохранения предусмотрено и в «Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (1993). В Разделе III «Организация охраны здоровья граждан в Российской Федерации» статья 16 гласит: «При органах государственной власти и управления, на предприятиях, в учреждениях, организациях государственной или муниципальной системы здравоохранения могут создаваться комитеты (комиссии) по вопросам этики в области охраны здоровья граждан и в целях защиты прав человека и отдельных групп населения в этой области»³⁷. 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, модели Парацельса, деонтологической модели и биоэтики. Биомедицинское знание и практика сегодня, так же как и в предшествующих эпохах, неразрывно связаны с этическим знанием, которое в пространстве европейской и российской культуры неотделимо от христианских традиций. Пренебречь или исказить, сознательно или бессознательно, связь медицины, этики и религии — это значит неизбежно исказить сущность и назначение каждого из этих жизненно важных способов человеческого существования. Старец Нектарий Оптинский учил: «Если вы будете жить и учиться так, чтобы ваша научность не портила нравственности, а нравственность — научности, то получится полный успех вашей жизни»³⁸. Сегодня скорее всего речь идет не об успехе. Связь научности и нравственности — одно из условий существования и выживания современной цивилизации.

Глава 3. Биоэтика в различных социокультурных контекстах

Биоэтика — это современная форма традиционной профессиональной биомедицинской этики, в которой регулирование человеческих отношений подчиняется сверхзадаче сохранения жизни человеческого рода.

Регулирование отношений со сверхзадачей сохранения жизни традиционно и непосредственно связано с самой сутью и назначением морали вообще. Например, З. Фрейд доказывал, что все завоевания культуры, и, прежде всего морально-этические нормы, произошли из необходимости защитить себя от «подавляющей сверхмощи природы». Природа, одарившая нас влечениями — сексуальностью, жадой убийства, каннибализма, «нас губит, холодно, жестоко... как раз по случаю удовлетворения нами своих влечений. Именно из-за опасностей, которыми нам грозит природа, мы ведь объединились и создали культуру, которая, среди прочего, призвана сделать возможной нашу общественную жизнь»³⁹. Упрощая позицию Фрейда, можно сказать, что «этическое» явилось своеобразной формой защиты от разрушительных начал «природно-биологического». Сегодня «этическое» вынуждено стать, и становится формой защиты «природно-биологического» от чрезмерных притязаний культуры к своим естественно-природным основаниям. Сам термин «биоэтика» — этика жизни — оказывается весьма информативным. Биоэтика как конкретная форма «этического» возникает уже из потребности природы защитить себя от «подавляющей сверхмощи» культуры в лице ее крайних претензий на преобразование и изменение «природно-биологического». Это общее культурно-историческое предназначение биоэтики реализует конкретными средствами, которыми располагает то или иное общество, или государство, или региональное объединение государств (например, Совет Европы), или религиозная традиция.

3.1. Особенности «американской биоэтики»

Конкретным фактом истории биоэтики является ее американское происхождение. Эдмунд Д. Пеллегрин справедливо утверждает, что принципиальные изменения в традиционной медицинской этике, которые привели к возникновению биоэтики, начались «раньше всего и отчетливее всего в США»⁴⁰. Следующие даты и события являются не только приоритетными вехами в развитии биоэтики в США, но и историческими в развитии биоэтики как новой формы знания: 1969 г. — образование исследовательского центра в области биоэтики — Института общества, этики и наук о жизни (Гастингский

Центр, штат Нью-Йорк); 1971 г. — образование Института этики им. Кеннеди в Джорджтаунском университете (штат Вашингтон); 1971 г. — выход журнала «Hastings Center Report»; 1972 г. — публикация «Билля о правах пациентов» Американской ассоциацией госпиталей; 1974_1978 гг. — организация национальной комиссии по защите человека как субъекта биомедицинских и бихевиористских исследований; 1976 г. — выход журнала «Journal of Medicine and Philosophy»; 1978 г. — выход в свет Энциклопедии по биоэтике (4 тома); 1979 г. — выход «A Review Research of Human Subject»; 1980 г. — создание президентской комиссии по изучению этических проблем в медицине и науках о поведении. Американское происхождение биоэтики, мощная организационная база и научно-исследовательский потенциал в значительной степени определяют правомерность повсеместного использования термина «американская биоэтика». Сами американские биоэтики признают, что США «играют выдающуюся роль в развитии современной биоэтики»⁴¹.

В связи с этим возникает вопрос, есть ли основания и в какой мере можно говорить о биоэтике в России? Чтобы ответить на этот вопрос, необходимо, во-первых, проанализировать ту конкретно-историческую ситуацию, которая определила своеобразие американской биоэтики. А во-вторых, попытаться обнаружить в этом своеобразии те объективные силовые факторы современной культуры, которые в 60_70-х годах привели к формированию новой области знания. Что же определяет своеобразие американской биоэтики? Ответы на этот вопрос самих американских биоэтиков различны, однако это различие не носит принципиального характера. Д. Уиклер, Д. Брок, А. Каплан, Р.Деджордж, Б. Герт, Р. Вич, написавшие специально для России краткий очерк современной биоэтики в США, полагают, что к возникновению американской биоэтики привели два фактора. Во-первых, бурные социально-политические события конца 60 — начала 70-х годов: общественное движение за гражданские права черных американцев, споры вокруг участия США в войне во Вьетнаме, кампании за признание интересов «женщин, американских индейцев, инвалидов, умственно неполноценных». Авторы полагают, что именно это движение привело к формированию движения за права пациентов и созданию «Билля о правах пациентов». Во-вторых, набирающие силу изменения в медицинской науке и технологии и их «неоднозначные результаты». «Например, широкое использование аппаратов искусственного дыхания спасло жизнь одним больным, но другим пациентам лишь продлило процесс умирания. Эти условия, а также новаторские методы терапии, в частности пересадка органов, создали новые дилеммы, как для врачей, так и для пациентов. Появившиеся публикации,

рассказывающие о злоупотреблениях в области медицинских экспериментов над людьми, побудили обратить внимание на этику врачей и ученых-медиков»⁴². Э. Пеллегрино в специальной монографии, посвященной анализу биоэтики в США, которая так и называется «Биоэтика в США», утверждает, что к изменениям в профессиональной врачебной этике и возникновению биоэтики привело взаимодействие четырех основных сил: научного прогресса, морального плюрализма, демократизации и экономических факторов. Раскрывая содержание каждой из этих сил, он начинает с «показательного роста естественнонаучного знания и технологий». «Врачи сейчас обладают возможностями, о которых раньше не могли себе даже представить»⁴³. Это — «репродуктивные техники, генные технологии, господство над инфекционными болезнями, пересадка органов и изменение поведения, пренатальная хирургия и т. п.». Все перечисленное несет в себе «небывалый вызов традиционным моральным ценностям». Разрыв между традиционными моральными ценностями и техническими возможностями современной медицины лишь усугубился «растущим моральным плюрализмом американского общества». Моральный плюрализм стал следствием мощного студенческого движения протеста в конце 60-х годов «против целой палитры до сих пор само собой разумеющихся ценностей американского общества — расового разделения, мужской доминанты, сексуальной морали, участия во вьетнамской войне, воспитательной власти родителей, потребительских отношений и т. д.» «Почти ни одна из старых американских высокозначимых ценностей не была не затронута»⁴⁴. К этим факторам добавилась демократическая активизация участия в повседневной общественной жизни. «Сегодня, — пишет Пеллегрино, — американская общественность высокочувствительна к этическим вопросам»⁴⁵. В качестве типичного примера он рассматривает случай с Карен Энн Куинлан (1975), в обсуждении которого принимали участие широкие слои американской общественности. Вопрос об отключении респиратора от пациентки, находящейся в хроническом устойчивом вегетативном состоянии в течение года, решался и на уровне ряда заседаний суда штата Нью-Джерси, и на уровне Верховного Суда. «Билль о правах пациента», активно работающий в американском обществе с 1972 года, Э. Пеллегрино называет «типично американским феноменом, который соответствует традициям буржуазной свободы»⁴⁶. Этот документ стал выражением растущего сомнения в однозначной полезности научных достижений и их индивидуальной приемлемости. Но «главную роль в преобразовании медицинской этики в сегодняшней Америке сыграли экономические критерии»⁴⁷. Система отношений в области медицинского обслуживания США соответствует отношениям «свободного рынка». Именно ими во многом определяются отношения между врачом и пациентом: пациенты могут подавать в суд на

врачей за плохое лечение, врачи могут увеличивать гонорары. Медицина, ориентированная на прибыль, безусловно, и неизбежно вносит коррективы во взаимоотношения врача и пациента в сторону формирования у пациентов осознанного права на автономное решение проблем, касающихся его здоровья. Столь ярко выраженная американская социокультурная специфика факторов, определивших формирование биоэтики, среди которых ведущую роль, безусловно, имеют национально-экономические, вполне может служить основанием мнения, что биоэтика является типично американским феноменом. С нашей точки зрения, своеобразные социокультурные факторы жизни американского общества к началу 70-х годов лишь позволили наиболее ярко и остро проявиться общим тенденциям в человеческой культуре. И первое свидетельство этому — интенсивная научно-практическая работа на уровне международных ассоциаций, конгрессов, конференций, изданий, в которых представ лены различные регионы и страны. Это говорит о существовании «интернационального измерения биоэтических дискуссий» ⁴⁸. И у этого «интернационального измерения» также есть свои основания и предпосылки.

3.2. Общецивилизационные основания биоэтического знания

Постановка вопроса об общих основаниях той или иной формы знания предполагает определенное отстранение от конкретных характеристик общества, в котором оно возникает. Существенными становятся лишь определяющие, порождающие знание силовые факторы культуры. К ним, с нашей точки зрения, относятся: научный, социальный и ценностно-мировоззренческий.

Первый — научный — представ лен новейшими биомедицинскими технологиями. Трансплантация, реанимация, искусственное оплодотворение, генная терапия — это конкретные направления современной врачебной практики в любой стране. Научное знание, в частности медико-биологическое, по своему определению универсально и всеобщно. Универсальность научного знания заключается в том, что «наука как система объективного знания не может быть связана в своем содержании с теми или иными особенностями отдельных наций, этнических групп и даже целых регионов. Это, конечно, не исключает и того, что в разных странах достигнут разный уровень ее развития» ⁴⁹. Всеобщность научного знания заключается в общем пользовании результатами науки и недопущении монополизации знания ⁵⁰. Общее пользование и обмен результатами — условия существования и развития научного знания. Э. Пеллегрино справедливо полагает, что «биоэтические проблемы не имеют национальных и культурных границ» ⁵¹. И первое основание этому — универсальность и всеобщность биомедицинского знания.

Второй фактор — социальный. Он заключается в росте социальной чувствительности по отношению к новшествам и достижениям современной науки. Новый общецивилизационный феномен — реальность отрицательных и для отдельного человека и для общества в целом последствий научно-технической практики — ставит ряд практических задач по социальному регулированию научной деятельности и на уровне экспериментальных исследований, и на уровне практического внедрения и использования. В проблемном спектре современной культуры устойчивое место заняли проблема социального признания и социализации научных открытий, а также проблема социальной ответственности ученых-исследователей. Первым международным документом, который поставил вопрос о социальной ответственности ученых на уровень социально значимых общецивилизационных проблем, стал Нюрнбергский кодекс 1947 года, который был принят Международным Военным Трибуналом на основании материалов медицинских исследований с опытами на человеке в нацистской Германии. В 1975 году ВОЗ принимает Постановление «Защита человеческой личности и ее физической интеллектуальной целостности с учетом достижений биологии, медицины, биохимии». В 1976 году Всемирная медицинская ассоциация принимает Хельсинкскую Декларацию, на основании которой этическое обеспечение медицинских исследований становится обязательным условием их осуществления. Под влиянием роста факторов риска биомедицинской практики в национальных системах здравоохранения формируются отдельные социальные структуры, так называемые этические комитеты или этические комиссии, задачей которых является регулирование биомедицинских исследований и медицинской практики с целью предотвращения последствий, неблагоприятных для человеческой жизни и здоровья. Перечисление подобных документов — международных и национальных — может составить не один том. Принципиальное значение для социальной практики регулирования научной медико-биологической деятельностью приобретает Конвенция Совета Европы 1997 года «О правах человека и биомедицине». Растущая взаимозависимость научных и социальных реалий современной биомедицины создала своеобразную духовно-практическую ситуацию, которая во 2-й половине XX века потребовала своего теоретического освоения. Термин «биоэтика», который ввел в оборот в 1971 году Ван Ренселлер Поттер, в 90-х годах принимает форму понятия, включающего всю совокупность социально-этических проблем современной медицины, среди которых одной из ведущих оказывается проблема социальной защиты права человека не только на самоопределение, но и своего права на жизнь.

Третий фактор — ценностно-мировоззренческий. «Мировоззренческий плюрализм» конца XX века — это сосуществование различных форм миропонимания в границах государства, региона, мира в целом. Одно из проявлений демократических устремлений современной культуры — признание равноправия различных мировоззрений. В то же время признание равноправия не освобождает от реальной опасности мировоззренческой разъединенности человечества, и даже в определенном смысле закрепляет ее. Существование биоэтики в двух формах — либеральной и консервативной — определяется реальностью типологической несовместимости морально-мировоззренческих традиций. Их противостояние, именно в пограничных вопросах жизни и смерти, делает эту несовместимость особенно драматичной.

3.3. Биоэтика в России

Общесовицизационные предпосылки биоэтического знания в полной мере проявляются в России в начале 90-х годов. Однако это не означает, что биомедицинские технологии начали осваиваться в России лишь к этому времени. Напротив, именно России принадлежит «пальма первенства» по созданию большинства из них. В 1926 году С. С. Брюхоненко создает первый в мире аппарат искусственного кровообращения; в 1926 г. был открыт первый в мире Институт переливания крови; в 1931 г. Ю.Ю. Вороной осуществляет аллотрансплантацию почки в клинике; 1937 г. — дата первого в мире эксперимента по имплантированию искусственного сердца. У В. П. Демикова, руководившим этим экспериментом, учился и проходил стажировку Кристиан Бернар. В 1920 году Россия стала первой страной мира, в которой были сняты все законодательные ограничения с искусственного прерывания беременности. В 20-х годах российские ученые школы А. С. Серебровского провели ряд принципиальных для становления генетики экспериментов, доказавших сложное строение гена. В 1925 году на VI съезде Всесоюзного общества гинекологов и акушеров в Ташкенте доктор А. А. Шорохова сообщила о 88 операциях по искусственному оплодотворению с 33 положительными результатами. Работа по всем направлениям современных медицинских технологий велась в бывшем СССР постоянно и успешно. Но в 60-70-е годы — годы выхода экспериментальной медицины в практику и возникновения биоэтики в США — биоэтика в России не сформировалась и не могла быть сформирована. Одна из причин этого — оценка науки в государственной идеологии СССР. Социализм трактовался как «общество, опирающееся на науку в своем развитии»⁵². «Речь идет о «научности», о «научной рациональности» как одном из ведущих принципов социалистической культуры, что выражалось в распространении научного стиля мышления, в научном характере социалистической

идеологии, господстве научного мировоззрения и атеистическом характере культуры»⁵³. Наука в государственной идеологии оценивалась не только как «непосредственная производительная сила общества», т. е. по производственно-экономическим параметрам. Из «непосредственно производительной силы» она была превращена в непосредственную и высшую «человекообразующую» ценность культуры. «Наука в условиях социализма становится средством преобразования не только материально-технической базы общественного производства, но и общества в целом»⁵⁴. В то же время, несмотря на господствующие идеологические принципы, среди специалистов начинало формироваться и другое отношение к проблеме соотношения науки и культуры, науки и нравственности. И. Т. Фролов, один из первых советских философов, именно в связи с достижениями в биомедицине ставил вопрос «не только о ценности научной истины, но и о ее цене, причем «точкой отсчета» выступает здесь человек, его благо»⁵⁵. В 1995 году были опубликованы рукописи российского методолога науки М. К. Петрова, который в 60-е годы обосновывал абсолютно несовместимую с советской идеологией идею о том, что «наука по канону слепа к человеческому, не видит и не в состоянии видеть человеческого, даже если бы захотела»⁵⁶. А. П. Огурцов в исследовании «История естествознания, идеалы научности и ценности культуры» показывает, что расширение социокультурного контекста исследования науки приводит к проблеме социального признания и социализации научных открытий⁵⁷. Такой подход к проблемам научного знания означал наметившийся в российской философии переход от стандартного сциентистского «образа науки» к осознанию существования широкого круга нестандартных для советской сциентистской идеологии аксиологических и этических проблем науки. Демократизация в России, которая коснулась мировоззренческой культуры, стала основной предпосылкой весьма интенсивного развития биоэтического знания в стране. За последние годы социальная матрица как формальное условие развертывания и существования знания была заполнена и на научно-организационном, и на учебно-образовательном, и на издательском, и на теоретическом уровнях. Научно-организационному уровню соответствует существование специальных структурных единиц в организационной системе науки в России. Это, прежде всего — сектор «Биоэтики» в Институте человека РАН, Российский национальный комитет по биоэтике при Президиуме РАН, Отдел биоэтики в НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н. А. Семашко, лаборатория «Аксиология познания и этика науки» Института философии РАН. Учебно-образовательный уровень представлен дисциплиной «биоэтика», которая стала обязательным элементом гуманитарной подготовки врача в медицинских вузах России согласно Государственному образовательному стандарту 2000 года. Начало этому

было положено Учебно-методической конференцией по гуманитарному образованию в высших медицинских и фармацевтических учебных заведениях Российской Федерации, которая состоялась в 1995 году в Санкт-Петербурге и приняла решение рекомендовать введение биомедицинской этики в качестве самостоятельного курса в систему гуманитарной подготовки студентов старших курсов. В 1995 году в Институте переподготовки и повышения квалификации преподавателей гуманитарных и социальных наук при МГУ им. М. В. Ломоносова была создана программа подготовки преподавателей по специальности «Биомедицинская этика» и анализировался опыт преподавания биоэтики в МГУ им. М. В. Ломоносова (философский, психологический факультеты), в Российском государственном медицинском университете, в Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова, в ММСИ им. Н. А. Семашко и других медицинских вузах страны. Первыми российским и вузами, в которых были созданы кафедры биомедицинской этики, стали — Казанский государственный медицинский университет (зав. кафедрой профессор В. Ю. Альбицкий) и Российский государственный медицинский университет (зав. кафедрой профессор И. В. Силуянова). Издательский уровень представлен журналом «Человек» (гл. редактор Б. Г. Юдин), «Медицинское право и этика» (гл. редактор И. С. Мыльникова). Перечисленные формы воспроизводят структурно-организационные способы существования биоэтического знания в России, которые в принципе стандартны для любого знания в любой стране. Но именно на теоретическом уровне возможна постановка вопроса не только об особенностях биоэтики как формы знания, но и о специфике российской биоэтики. Биоэтика — это способ осмысления важных, касающихся здоровья и болезни, жизни и смерти человека, ситуаций и поиск достойных моральных путей выхода из них в условиях сосуществования альтернативных возможных решений. Логика поиска и принятия решения в первую очередь определяется распространенными в обществе ценностями и поддерживаемыми традициями. Есть ли такие в России? В последние годы Россия переживает уникальное состояние. Сквозь величайшее духовно-мировоззренческое опустошение пробиваются ростки понимания того, что мы обладаем богатейшим культурным наследием. Глубокая бытийственность, жизненность принципов христианской нравственности, их детерминированность «сопротивлению смерти» побуждает нас вновь «учиться традиции», видеть в ней не косное, чуждое, далекое образование, но «первичную реальность человека»⁵⁸. Полнота культурно-исторической реальности России немыслима без учета религиозно-нравственных традиций Православия. При этом путь к определению особенности этих традиций лежит через сравнительный анализ подходов к проблемам биоэтики в католицизме и протестантизме.

3.4. «Христианская биоэтика» в католицизме и протестантизме

От всех других религиозных конфессий католическую Церковь отличает то, что она, во-первых, одной из первых в современной религиозной культуре обратила пристальное внимание на процессы, происходящие в биомедицине. Во-вторых, нет такого направления в современной медицине, относительно этических аспектов, которого в католицизме не было бы сформулировано рекомендаций. Э. Сгречча свидетельствует, что католическая церковь «постоянно развивает свое учение и ищет ответ на возникающие вопросы. Так, например, с этической точки зрения была рассмотрена вся биомедицина»⁵⁹. Разработки католических теологов, безусловно, значимы и ценны. И, прежде всего потому, что эта работа, представленная множеством статей, монографий, докладов, способствовала тому, что «христианская биоэтика» стала не только возможной, но и обрела реальность в духовном пространстве современной культуры. Словосочетание «христианская биоэтика» многими может быть оценено как слишком смелое примирение и объединение «традиции» и «инновации». Но сами католические теологи свою попытку создать «христианскую биоэтику» рассматривают как реализацию томистского принципа гармонии веры и разума. При этом христианская биоэтика является не отречением от теологических аргументов и благочестивых рекомендаций, а формой вступления в дискуссию по этическим проблемам биомедицинской практики. Особенностью христианской биоэтики в католицизме является то, что она открыто объявляет о своих основаниях. К ним относятся следующие принципы католической антропологии: понимание человека как «субъекта и объекта одновременно», утверждение достоинства и богоподобия человека, понимание тела человека как Божьего храма, усматривание значимого смысла страданий и отношение к смерти не как к окончательной стадии бытия⁶⁰. Выход на уровень религиозно-философской антропологии и решение любого частного вопроса исключительно в ее границах — еще одна особенность католических исследований. Такой подход определяет то, что любая противоположная точка зрения оценивается прежде всего по ее основаниям. Дискуссия с «другими биоэтиками» ведется не на уровне «расчета» «благ» и «польз», а на уровне основополагающих антропологических принципов. Рейнхард Лов, директор Ганноверского исследовательского института философии, полагает, что у сторонников эвтаназии, искусственного оплодотворения и т. п. нет «единой антропологии». Тем не менее, анализируя позиции многих исследователей, особенно представителей медицинского знания, он фиксирует их приверженность «эволюционистской антропологии» и эволюционистскому образу человека. При этом он различает «теорию эволюции» и

«эволюционизм». Теория эволюции оценивается как «местами гениальная теория о развитии и изменении форм и видов жизненных образований на протяжении долгого периода времени»⁶¹. «Эволюционизм» же — это мировоззрение, для которого характерно «физикалистско-химическое» понимание человека. В рамках эволюционистского мировоззрения «человек принципиально может быть объяснен натуралистическим и научно-каузальным способом во всех его как биологических, так и духовных и культурных способностях и достижениях»⁶². При этом высшей ценностью оказывается сама «эволюция». Вытекающее из этого «равенство перед эволюцией» допускает устранение нежелательных родовых явлений и под углом зрения интересов «здоровья народа», интересов экономики, и даже норм эстетики⁶³. Кредо эволюционизма — «право эволюции — высшее право»⁶⁴. Принципиальное значение для католической христианской биоэтики имеет аргументированная критика «эволюционистской антропологии». Прежде всего, фиксируется ее неполнота. Р. Лов говорит, что даже Б. Скиннер (профессор Гарвардского университета, представитель бихевиоризма) признает существование трех реальностей — свободы, права и достоинства, которые «стоят поперек эволюционизму и его все объясняющей «естественно-научности»⁶⁵. Среди многочисленных критических аргументов принципиальную роль именно для биоэтики играют следующие три. Первый связан с «самоотказом» эволюционизма «от притязаний на истину». Этот «самоотказ» является следствием противоречия между «притязанием на истину» теоретиков эволюционизма и сущностном отрицании «истины» как таковой. Например, Р. Давкинс в своей книге «Эгоистический ген» полагает, что «любое познание и действие человека может быть объяснено как функция генов»⁶⁶. Второй аргумент касается проблемы «исходного положения научных объяснений». «Исходным положением» объяснения действительности является не материя, не законы природы, не эволюция, а «прежде всего сама действительность». «Действительность человека в его самопознании, в познании свободы, нравственности, Бога, любви, красоты. Познание этого является несоизмеримо «действительнее», чем познание псевдонаучных объяснений, которые хотят внушить ему, что перечисленные реалии лишь предрассудки и иллюзии. То, что для него аутентично, это определяет человек перед научной рефлексией о чем-то»⁶⁷. Третий аргумент связан с незаконным присвоением полномочий «знающих». Исследуя человеческие гены, эмбрионы и т. п., ставя медицинские или психологические эксперименты на человеке, исследователи рассматривают человека как объект процесса получения знания. При этом у субъектов, участвующих в процессе исследования, меняется статус их самосознания. Человек противопоставляет себя другому человеку, и характер этого противопоставления не просто нелегитимен, когда «объект»

исследования не хочет быть объектом, когда он не согласен с тем, что с ним делают. Принцип равенства, который признается даже в «плюралистическом» обществе, приходит в противоречие с дискриминационным превращением человека в объект исследования «знающими учеными». Постоянно совершая скрытое исключение для себя, «знающие ученые» нелегитимно добиваются признания своей деятельности, что вряд ли соответствует интересам человека, превращенного в объект любознательности «знающего ученого». Грань между отношением к человеку как «объекту исследования» и отношением к человеку как «объекту использования» — очень тонка. Иоанн Павел II констатирует: «Относиться к другому человеку как объекту использования — значит рассматривать его исключительно как средство для достижения своей цели, как предмет, без учета присущего личности предназначения» ⁶⁸. Учение о личности — это ведущая часть католической антропологии. Один из подходов к пониманию личности Иоанн Павел II определяет так: «...Никак нельзя согласиться называть человека особью вида *Homo sapiens*». Слово «личность» обозначает, что он содержит в себе нечто большую, некую особую полноту и совершенство существования, и чтобы подчеркнуть это, необходимо употребить слово «личность» ⁶⁹. Для раскрытия содержания слова «личность» исследователи используют ряд понятий. Среди них, в рамках христианской биоэтики, работающим становится понятие «субстанциальный образ человека». Это понятие призвано противостоять разнообразным попыткам подхода к человеку с меркой «из чего он состоит», чтобы решить вопрос «как он функционирует» Р.Лов подчеркивает, что «субстанциальный взгляд на человека не снимает со счета, что человек есть также естественно-биологическая, общественная, экономическая сущность. Он отрицает только, что с помощью этого конгломерата человек становится понятным» ⁷⁰. Субстанциальное понимание человека предполагает, что человеку свойственна свобода действия, способность к познанию и отношение к трансценденции. И если первые две характеристики признаются и принимаются в современной культуре, то последняя вызывает много вопросов. Что такое «трансцендентное отношение»? «Прежде всего, не надо понимать трансцендентное отношение только как отношение к христианскому Богу-Творцу, но и как признание измерения, которое не является имманентным, внутричеловеческим, внутримировым» ⁷¹. Среди различных форм, в которых проявляет себя трансцендентное отношение, значимо то, что называется достоинством человека. «Достоинство человека обнаруживает себя в его неотъемлемых правах» ⁷². До середины XVIII века эта идея была наполнена религиозным содержанием: каждый человек есть образ и подобие Божие и все люди равны перед Богом. Просвещение XVIII века секуляризует идею прав человека и равенства всех людей. Может быть, сегодняшнее

повседневное и повсеместное нарушение прав человека и человеческого достоинства приведет к обновленному признанию тех предпосылок, которые признаются христианством как необходимые условия их воплощения. В современном католицизме формируется понимание христианской биоэтики как «антропологии человеческого достоинства». Но создание таковой все же дело будущего. Сегодня все же речь идет о биоэтике, как «философском прослеживании», проникновении и оценивании всех случаев, происшествий, судебных, их классификации и всестороннем обсуждении. При этом «в силу особой природы духовного влияния единственным и обязательным регулирующим основанием для католической церкви является свод официальных документов» ⁷³. Особенностью протестантского подхода к морально-этическим проблемам биомедицины является отказ, от какого бы то ни было императивного понимания морали. Жан-Франсуа Колланж констатирует: «...Протестантская церковь не обладает никакой абсолютной властью, ни на уровне догматов, хотя определяющее ее лицо вероисповедание не обходится без догм, ни тем более на уровне этических заповедей». Отсутствие «официальных документов» компенсируется ответственным и настойчивым поиском этической истины, «обретаемой каждым самостоятельно, без посредников» ⁷⁴. Известно, что разработка принципов примата «самостоятельности» индивида в протестантской этической теологии происходила не без определения антропологических начал. Согласно И. Канту, одним из основных антропологических начал является способность человека «давать себе закон» и без всякого внешнего принуждения бороться за его существование. Эту способность Кант называет «моральной автономией». «Автономия, — пишет он, — есть основание достоинства человека и всякого разумного естества» ⁷⁵.

Принцип моральной автономии является основополагающим для протестантской этики. Моральная автономия человека поднимается здесь до уровня самостоятельной силы, параллельной и равномочной природе. Эта равномощность фиксируется Кантом в его известном заключении «Критики практического разума»: «Две вещи наполняют мою душу все возрастающим удивлением и благоговением, чем больше я вдумываюсь в них: звездное небо надо мной и моральный закон во мне» ⁷⁶. Человек не растворяется в природе как одно из ее образований, в известном смысле противостоит ей именно потому и в силу того, что обладает моральным сознанием. В идее моральной автономии утверждается право и ценность духовной свободы человека. Особое значение для проблем биоэтики является раскрытие истории и логики освободительного пафоса протестантской автономии. Известно, что исторически протестантизм был реакцией на крайности средневекового католицизма. Он ставил перед собой задачу спасения христианской

свободы от рабства папизма. В системе принудительного авторитета Церкви, сама мораль превращалась в авторитарное образование. Реформаторский «призыв к свободе» оправдывался подлинными христианскими основаниями, ведя к идее независимости и автономности духовно-моральной жизни человека. Трансформация идеи «независимости» в богоборчество произойдет позднее ⁷⁷. Тем не менее, нельзя недооценивать реформаторский потенциал идей независимости и автономии и для современного общества. Несмотря на любую возможную «деспотическую ситуацию», современный человек уже ориентирован на возможность автономного поведения. Социокультурное признание за каждым человеком его нравственной и интеллектуальной независимости страхует людей от обращения с ними как безвольными объектами «научных» исследований или социально -политических манипуляций. Принцип моральной автономии пресекает любое посягательство на личность, независимо от того, продиктовано ли оно эгоистическими интересами научно-интеллектуальной элиты, или «альтруистическими» мотивами «всеобщего счастья» и «всеобщего блага», «здоровья нации», «интересов народа», «логикой прогресса» и т. п. Последнее не теряет популярности и в начале нового столетия. Неудивительно поэтому, что, пройдя соответствующее осмысление и толкование, протестантский принцип моральной автономии становится в современной биомедицинской этике основополагающим принципом уважения автономии пациента. Однако на рубеже столетий, оценивая положительный смысл этической автономии, нельзя не учитывать и его отрицательный смысл, который заключается в возможности произвола неограниченной натуральной свободы. Поэтому неудивительно, что, обсуждая проблемы биомедицины сегодня, Ж.-Ф. Коллаж констатирует, что «протестантская этика сводится главным образом к этике ответственности» ⁷⁸.

3.5. Биоэтика и нравственная антропология Православия

Могут ли быть найдены ответы на современные биоэтические проблемы в православном учении? Юбилейный архиерейский Собор Русской Православной Церкви дал положительный ответ на этот вопрос. «Формулируя свое отношение к широко обсуждаемым в современном мире проблемам биоэтики, в первую очередь к тем из них, которые связаны с непосредственным воздействием на человека, Церковь исходит из основанных на Божественном Откровении представлений о жизни как бесценном даре Божиим, о неотъемлемой свободе и богоподобном достоинстве человеческой личности...» ⁷⁹. При этом Русская Православная Церковь не стремится создать специальную концепцию «христианской биоэтики». В этом заключается одно из отличий православного

вероучения, за это Православная Церковь не раз становилась объектом критики. Нельзя при этом не учитывать, что такая критика осуществляется естественным человеческим умом. Но естественный человеческий ум легко сбивается на то, что «религия превращается у него в простое орудие к достижению его желаний». «Религиозное сознание непосредственно указывает человеку только на действительную цель его существования в мире, а человек невольно подменяет эту действительную цель такими целями жизни, которые необходимо являются желательными для него по условиям его существования в мире» ⁸⁰. Эта подмена является источником формирования «юридического» отношения с Богом. В рамках юридического отношения Бог выступает, прежде всего, судьей человеку, нарушившему заповеди, но не как источник человеческих стремлений к божественному совершенству. Согласно православной традиции Воля Божия не в том, чтобы судить человека по предписанным инструкциям, а в том, «чтобы человек был совершенен». «Человеку нужно не прощение вины, не договор с Богом, который давал бы надежду на подобное прощение, а ...преображение собственной природы по образу Бога, достижение совершенства» ⁸¹. «Будьте совершенны как совершенен Отец ваш небесный» (Мф. 5, 48) — существо христианства не должно подменяться формальным морализмом. Нравственность Православия — в первую очередь нравственность «сердца» («блюдение сердца» и «сведение ума в сердце»). Для нее характерно длительное, устойчивое поведение, определяемое не столько советами и доводами, сколько естественными склонностями души — стыдом, жалостью, совестью, благоговением. Поэтому, осмысливая «новую реальность» биомедицинских технологий и «новый опыт» моральных отношений, Православие не стремится к созданию «учения, разработанного во всех пунктах», но определяет «лишь основную онтологическую ориентацию» ⁸². В «неопределимости» Православия, в его меньшей «рационализированности» (например, по сравнению с католицизмом) — именно «в этом его большая свобода» ⁸³. «Свобода — благо, но она только тогда не становится произволом, когда она праведна и ведет нас к истине, ибо только истина делает людей действительно свободными» ⁸⁴. Истина Православия, безусловно, проявляется в догматах. Согласно В.Н. Лосскому, догматы в богословии Восточной Церкви — это не «противоречащие разумному рассуждению внешние авторитеты, по послушанию принятые и затем к нашему пониманию приспособленные», но «начатки нового познания» ⁸⁵. Характеризуя христианскую догматику, о. А. Кураев пишет: «Догмат — не колючая проволока, запрещающая выходить за очерченные пределы, это скорее дверь, через которую можно пройти в просторы, обычно не достигаемые и даже не замечаемые» ⁸⁶. Своеобразие православной антропологии заключается в двух основных позициях. Первая

относится к вопросу определяющего «исхода» антропологии. Например, для католицизма этим исходом является «прежде всего, сама действительность... Действительность человека в его самопознании, в познании свободы, нравственности, Бога, любви, красоты...»⁸⁷. Для этой позиции характерен подход «к реальностям экклезиологии не с вершин, а с «подножия», беря за основание антропологию мира сего...»⁸⁸. Антропология же православная строится сверху вниз, исходя из троичных и христологических догматов. Вообще, для православного (восточного) богословия характерна «объективность», т. е. оно «начинает с абсолютной данности божественного, западное — субъективно и начинается с человеческого»⁸⁹. Понимание «человеческого» в свою очередь также становится основанием своеобразия православной антропологии. Как было показано в предыдущем разделе, основанием католической антропологии является понимание человека, прежде всего как «субъекта и объекта одновременно», т. е. акцент делается на гносеологические особенности человека как существа, способного к самопознанию. Для православной антропологии «тайна человеческой природы есть тайна онтологическая, а не гносеологическая, и объект, который философии надлежит исследовать, есть факт бытия, а не мышления, жизненная тайна человеческого существа, а не тайна познающего субъекта»⁹⁰. Тайна же человеческого существа заключается в том, что человек является «причастником Божеского естества» (ср.: 2 Пет. 1, 4). Эту мысль В. И. Несмелов выражает так: «По самой природе своей личности человек необходимо изображает собою безусловную сущность и в то же время действительно существует, как простая вещь физического мира»⁹¹. Догмат о Богочеловечестве Христа является той единственной исходной «вершиной», с которой только и возможно «увидеть» сущность человеческой личности. Это «умозрение» таково: «Личность есть несводимость человека к природе. Именно несводимость, а не «нечто несводимое» или «нечто такое, что заставляет человека быть к своей природе несводимым», потому что не может быть здесь речи о чем-то отличном, об «иной природе», но только о ком-то, кто отличен от собственной своей природы, о ком-то, кто, содержа в себе свою природу, природу и превосходит»⁹². Это превосходство заключает в себе возможность для человека быть причастным Высшему Бытию — Богу. «Между человеком и Богом возможен не только «нравственный союз», но и реальное соединение»⁹³. Реализованное в Боговоплощении, оно создает и гарантирует «тайну личности». Все попытки определить человека, упускающие из виду «тайну личности» и сводящие все только к природным характеристикам, «неизбежно носят сегрегационный характер». «Если всерьез принять европейское определение человека как «разумного существа» — то для психически больных людей не окажется места в жизни»⁹⁴. Отказ от «тайны личности», т. е. признания в человеке Образа Божия, равносильно

«отказу человеку в праве считаться человеком». «Даже если личность еще не вступила в обладание всей полнотой своей природы или утратила это обладание — сама личность есть. Поэтому — делает вывод А. Кураев — аборт и эвтаназия — это убийство»⁹⁵. Данное суждение — конкретная и традиционная этическая оценка. Возникает вопрос: в какой мере можно оценивать то, что совершается сегодня (аборт, эвтаназию, искусственное оплодотворение и т. п.), мерками прошлого? Не является ли такая оценка только свидетельством «консервативности», отставания христианства от «духовного возрастания» людей? На этот вопрос возможны два ответа: «да», если под «духовным возрастанием» понимать выход за пределы древней традиции, охраняющей жизнь, и «нет», если видеть в нем открытую возможность духовного со-творчества и сотрудничества человека и Бога в преображении жизни. Так, в процессе синергии Господь делами своими указывает пути и возможности духовного воздействия человека на природу. Исцеление человека от духовных и телесных болезней, вплоть до отстранения смерти, — это «дела» Христовы, которые есть «пример» и «призыв» делам человеческим. Именно так о. Сергей Булгаков истолковывает слова Христа: «Дела, которые Я творю, и он сотворит, и больше сих сотворит, потому что Я ко Отцу Моему иду» (Ин. 14, 12). «В самом деле, — пишет о. Сергей, — разве не может и не обязан человек исцелять болезни всякого рода и разве он этого не делает? И разве уже исчерпаны все для этого возможности, или, напротив, они все более расширяются? Может ли далее это целительство, которое есть, конечно, борьба со смертью, хотя ее и не побеждающая, но все же отдаляющая, остановиться перед тем, чтобы не исторгать из когтей смерти ее преждевременные жертвы?»⁹⁶. «Дела, которые Я творю» доступны человеку в том смысле, что могут и должны быть для него основной «онтологической ориентацией». В области биомедицинских исследований означает, что лечение болезней отчасти находится во власти человека. Чудесные исцеления, осуществляемые Богом и человеком, «отличаются не по цели и существу», а по «способам их достижения». Различие в способах не должно заслонить самой возможности исцелений. Мир — это не механизм в его законченности. «Мир осуществляется» и «со-творяется» человеком по Воле Божией. «Тип отношения человека к миру есть чудотворение»⁹⁷. Осмысление этого отношения в культуре, тем не менее, различно. Так, о. Сергей выделяет три формы. Первая — это та, которая соответствует христианским представлениям об овладении мира человеком через «духовную причинность». В рамках второй, человек понимается как существо, использующее свои силы для службы своему собственному естеству. В пределах такого образа отношения человека к миру достигается многое, однако «духовно оно остается пусто». Наконец, третья форма — это «богоборчество», что, согласно догмату

Боговоплощения или соединения природ, неизбежно оборачивается и человекоборчеством. Понятие «човекоборчество», звучавшее в 1-й половине XX века весьма абстрактно, в начале XXI века на уровне современной биомедицинской практики наполняется конкретным содержанием — аборт, эвтаназия, фетальная терапия, донорство, допущение «прагматического убийства» при трансплантации. В исследованиях о. Сергия заключается ответ на вопрос, почему «благие намерения» гуманистической и свободной науки оборачиваются такими вопиющими свидетельствами бесчеловечности, самым глубоким и опасным среди которых является попытка изменить основополагающие принципы понимания себя, окружающего мира и сущности жизни, и даже отказаться от них. Принцип «святости жизни», помимо догмата о Боговоплощении и принципа синергии, также имеет важное значение для этических проблем врачевания. «В Евангелии святость, освящение представляются везде как свойство христианства во всех его проявлениях: «да святится имя Твое» (Мф. 6, 9), «Отче Святыи... освяти их истиною Твоею» (Ин. 17, 11, 17)»⁹⁸. Не будет преувеличением предположение, что утверждение жизни также можно рассматривать как свидетельство о силе Божией, не оставляющей мира. «Бог Дух Святыи — жизни Податель» (молитва Св. Духу), «Господь животворящий» (Символ веры, восьмой член). Максим Исповедник писал: «Если желаешь найти путь, ведущий к жизни, то ищи его в том Пути, который говорит: «Я есмь путь, и истина, и жизнь» (Ин., 14,6)»⁹⁹. «Ибо жизнь — реальность, установленная не слепой стихией, смысл ее в той великой цели, которая извечно предопределена Богом»¹⁰⁰. Христианство — это религия, дающая человеку возможность соединения с Источником жизни и спасающая жизнь. От чего же спасается жизнь ее Великим Спасителем, указующим Путь Жизни? Каковы результаты спасения жизни? Ответ прост — это спасение жизни от смерти. «Вот, я сегодня предложил тебе жизнь и добро, смерть и зло... Во свидетели перед вами призываю сегодня небо и землю: жизнь и смерть предложил я тебе, благословение и проклятие. Избери жизнь, дабы жил ты и потомство твое» (Втор. 30. 15, 19). «Я есмь воскресение и жизнь; верующий в Меня, если и умрет, оживет. И всякий, живущий и верующий в Меня, не умрет вовек» (Ин. 11, 25-26).

В христианстве происходит переоценка жизни: жизнь — не временное индивидуальное состояние, а явление вечное. В. Н. Лосский пишет: «...Дело Христа — реальность физическая, и следует даже сказать биологическая. На Кресте смерть поглощена Жизнью». Христос, «смертью смерть поправ», воскресением Своим «открывает дивную возможность — возможность освящения самой смерти; отныне смерть не тупик, а дверь в Царство»¹⁰¹. Митрополит Антоний Сурожский, сам в прошлом

врач, полагает, что надо обращать внимание студентов на то, что в течение болезни (речь идет о неизлечимых заболеваниях) должна проходить подготовка человека к смерти. При этом он наставляет: «Готовьте умирающих не к смерти, а к вечной жизни»¹⁰². Утверждая, что отношение врача к больному не может быть просто «научным», что это отношение всегда включает в себя сострадание, жалость, уважение к человеку, готовность облегчить его страдания, готовность продлить его жизнь, митрополит Антоний выделяет еще один «не современный» подход — «готовность дать человеку умереть»¹⁰³. Проблема жизни и смерти — основная проблема христианского сознания, решение которой определяет Воскресение Христово. «Жизнь бьет ключом из гроба, она явлена смертью Христа и в самой Его смерти»¹⁰⁴. Врачевание как вид человеческой деятельности определяется торжеством жизни над смертью. Основная задача врачевания, как ее очень точно сформулировал митрополит Антоний Сурожский, — «оберегать жизнь»¹⁰⁵. Опираясь на Святое Писание (Книга Иисуса, сына Сирахова), он утверждает, что «Бог создал и лекарства, и врача, и порой в его руке исцеление наше»¹⁰⁶. Святитель Феофан Затворник свидетельствует: «И лекаря и лекарства Бог создал не затем, что они только существовали, но затем, чтобы ими пользовались больные. Бог окружил нас способами врачевания. Если есть долг блюсти Божий дар жизни, то и лечиться (есть долг — И. С.), когда есть болезнь... И в человеческих средствах действие целебное от Бога. По сей вере и человеческое переходит в Божеское или Божеское приходит чрез человеческое»¹⁰⁷. Раскрытие содержания и смысла принципа «святости жизни» обнаруживает несостоятельность и некорректность противопоставления двух нравственных «сверхзадач» врачевания — спасения жизни и готовности дать человеку умереть. К выполнению этих двух задач врач должен быть готов. В то же время врач должен сознавать и то, что изменение исходных посылок, отрыв этих задач от христианского контекста могут привести к потере достоинства, свободы и милосердия в делах медицины, которая традиционно из века в век вместе с религией отсчитывает пульс жизни и смерти.

Раздел II. Ценности и законы современной биомедицинской деятельности

В 1800 году Фихте писал: «Мы не можем отречься от законов действия разумных существ, чтобы мир для нас, и мы вместе с ним не потонули в абсолютном ничто; но мы поднимаемся над этим ничто и держимся над ним лишь благодаря нашей моральности». Несмотря на двухсотлетнюю давность, это суждение и сегодня не только не теряет своего значения, но и задает смысл человеческой деятельности.

Глава 4. «Жизнь» как ценность

«Трагедией нравственности» называл Гегель противоречивую связь прогресса с унижением человеческого достоинства. Как никакое другое направление научно-технического прогресса — новейшие биомедицинские технологии обнажают связь между достижениями биомедицины и падением ценности человеческой жизни. Как это ни парадоксально, но падение ценности человеческой жизни проявляет себя особенно ярко в технологиях, обеспечивающих воспроизводство человеческой жизни. Заготовка «запасных» зигот и их последующее уничтожение — условие процедуры искусственного оплодотворения. Отрицательные результаты пренатальной диагностики — еще одно мощное основание «показаний» для искусственного прерывания жизни. Превращение человеческих зародышей в фармацевтическое «сырье» является условием фетальной терапии. У данных, отличающихся друг от друга, и вполне самостоятельных технологий и связанного с ними блока этических проблем есть, тем не менее, одно общее основание или один «исход» — это практика искусственного прерывания беременности.

4.1. Этические проблемы аборта, контрацепции и стерилизации

Искусственный аборт, контрацепция и стерилизация — это современные формы медицинского вмешательства в репродуктивную способность человека. Применение репродуктивных технологий в XX веке носит массовый характер и происходит на фоне принципиальных изменений их нравственной оценки и юридического статуса. Цивилизованный мир — прежде всего государства Европы, США, Россия — пытается освободиться от традиции, в которой они существовали практически пятнадцать веков. Речь идет о традиции морально-религиозного осуждения и законодательного запрещения абортов. Известно, например, что плодоизгнание каралось смертной казнью во всех европейских государствах на протяжении нескольких столетий. За последние сорок лет в результате длительных дискуссий и обсуждений произошла отмена законодательного запрета или его ослабление в той или иной степени в Швеции (1946), Англии (1967), Франции (1979), США (1973), Италии (1978), Испании (1978), Нидерландах (1981), Норвегии (1978). В то же время остаются еще государства, которых не затронула легализация абортов. Это Ирландия, Португалия — страны с устойчивой католической культурой. В конце XX века намечается и обратная тенденция. В 1993 году Польша стала первой страной бывшего социалистического лагеря, в которой вновь введены государственные законодательные ограничения производству абортов. С начала XX века и до сих пор вопрос о легализации абортов остается поводом для дискуссий специалистов, демонстраций граждан, заседаний парламентов. Острота в обсуждении проблем аборта сохраняется, несмотря на то, что эта проблема «стара как мир». Исторически отношение

врача к аборту является одной из первых и основных этико-медицинских проблем, сохраняющих свою актуальность и сегодня. Это объясняется тем, что проблема аборта концентрирует в себе отношения между людьми на уровне нравственного, юридического, социально-политического, религиозного, научного сознания. Рассмотрев проблему аборта на каждом из этих уровней, можно ответить на вопрос, почему она является основной и принципиальной проблемой современной биомедицинской этики. Этико-медицинский уровень проблемы аборта. Вопрос об отношении врачей, медицинских сообществ и ассоциаций к практике искусственного аборта имеет свою историю и свою логику. В этой логике есть две противоположные позиции. Движение от одной из них к другой и составляет историю вопроса об этико-медицинском отношении к плодоизгнанию. Первая позиция выражена в Клятве Гиппократов. Среди многочисленных врачебных манипуляций Гиппократ специально выделяет плодоизгнание и обещает: «Я не вручу никакой женщине абортивного пессария»¹⁰⁸. Так, в V в. до н. э. Гиппократ фиксирует позицию врачебного сословия о этической недопустимости участия врача в производстве искусственного выкидыша. Эта позиция тем более важна, что прямо идет вразрез с мнением великих моралистов и законодателей Древней Греции о естественной целесообразности аборта. Их взгляды обобщает и выражает Аристотель, который писал в «Политике»: «Если же у состоящих в супружеском сожитии должен родиться ребенок сверх (этого) положенного числа, то следует прибегнуть к аборту, прежде чем у зародыша появится чувствительность и жизнь»¹⁰⁹. В качестве противоположной позиции может быть рассмотрена современная позиция Ассоциации врачей России. В «Клятве российского врача» и в «Этическом кодексе российского врача», принятых в ноябре 1994 г. на 4-й Конференции Ассоциации, отношение к искусственному аборту никак не обозначено. Причем на этой конференции высказывалось предложение включить в эти документы вопрос об этическом отношении Ассоциации к искусственному аборту, что особенно актуально для нынешней кризисной демографической ситуации в России. Однако это предложение не было принято. Такой подход выявил разрыв не только с принципом Гиппократов, но и с этическими традициями российского медицинского сообщества, существовавшими в России до 1917 года. С начала XX века на страницах русских медицинских журналов и газет весьма интенсивно разворачивалось обсуждение этико-медицинских проблем искусственного аборта. Так, в 1990 г. доктор Э. Катунский писал: «У акушера нет ни нравственного, ни юридического права производить эмбриотомии над живым плодом»¹¹⁰. В 1911 г. доктор Т. Шабат констатирует, что аборт — «это социальное зло». В то же время он практически один из первых ставит вопрос о «праве матери распоряжаться функцией своего тела», особенно в случае угрозы ее жизни. Фактически Т. Шабат стоит у истоков либерального подхода к

искусственному аборту, пытаясь найти аргументы против христианского принципа, который, например, в католицизме был выражен так: «Вечная жизнь ребенка дороже временной жизни матери» ¹¹¹. При этом он ссылается на принцип иудейского врача и богослова Маймонида: «не следует шадить нападающего», который он трактует как разрешение на убийство ребенка в утробе матери, совершаемое врачом для спасения жизни матери. Такое действие, по убеждению Т. Шабада, не является преступным и не должно быть наказуемо. Осуждение уголовного наказания матери и врача было итогом работы XII Пироговского съезда в 1913 году. Тем не менее, на съезде и после него, в обсуждениях его итогов, основная тенденция в российском врачебном мире — моральное неприятие аборта — сохраняется. Так, например, д-р Л. Личкус, выступая на XII Пироговском съезде, говорил: «Преступный выкидыш, детоубийство и применение противозачаточных средств — симптом болезни современного человечества» ¹¹². Российские врачи с тревогой констатировали образование особого класса «профессионалов-плодоистребителей», нелестно называя их «выкидышных дел мастера ми». Вот точка зрения д-ра Я. Выгодского (из стенограммы съезда): «Принципиальный взгляд на выкидыш как на зло и убийство должен быть сохранен, производство выкидыша как профессия для врача недопустима» ¹¹³. Проф. Б. Веригу полагал, что «всякий же аборт, произведенный врачом за плату, должен быть наказуем, тогда как всякий аборт, произведенный врачом бескорыстно, не должен считаться преступлением» ¹¹⁴. Д-р Д. Жбанков писал: «Неопровержима связь между культурой настоящего времени и упадком ценности жизни, как своей, так и чужой: выкидыш и самоубийство — явления одного порядка» ¹¹⁵. А вот еще одно мнение: «Ни один уважающий себя врач, правильно понимающий задачи медицины, не будет делать выкидыш, по исключительному желанию женщины, а всегда будет руководствоваться строгими медицинскими показаниями. Мы, врачи, всегда будем чтить завет Гиппократова, что задача медицины сохранять и удлинять человеческую жизнь, а не разрушать ее, хотя бы и в зародышевом состоянии» ¹¹⁶. XII Пироговский съезд, признав неморальность искусственного выкидыша, тем не менее, пришел к выводу, что государству необходимо отказаться от принципа уголовной наказуемости плодизгнания. В резолюции Съезда от 2 июля 1913 года сказано: «1. Уголовное преследование матери за искусственный выкидыш никогда не должно иметь места. 2. Также должны быть освобождены от уголовной ответственности и врачи, производящие искусственный выкидыш по просьбе и настоянию. Исключение из этого положения должны составлять врачи, сделавшие искусственный выкидыш из корыстных целей своей профессией и подлежащие суду врачебных советов» ¹¹⁷. Итогом широкого обсуждения в печати морально-этических

проблем аборта в начале века было различие и разведение вопросов об его этической недопустимости и уголовной наказуемости. История вопроса о юридическом статусе плодизгнания, как известно, в Древней Греции и Древнем Риме плодизгнание не считалось преступлением. Начиная со II века н. э. христианство распространяет заповедь «не убий» и на находящийся во чреве матери зародыш. Нормоформирующей установкой по этому вопросу становится постановление Константинопольского Собора 692 года, в котором говорится: «Разницы нет, убивает ли кто-либо взрослого человека или существо в самом начале его образования» ¹¹⁸. К каноническим относится и суждение Василия Великого (IV-V вв. н. э.): «Умышленно погубившая зачатый в утробе плод подлежит осуждению, как за убийство» ¹¹⁹. Эти идеи проникают в светское законодательство европейских государств с начала средних веков. В VII веке законодательство вестготов устанавливает в качестве наказания за изгнание плода смертную казнь. Такой подход становится типичным для европейского законодательства Средних веков и Нового времени. В 1649 г. смертная казнь за плодизгнание была введена в России. Под влиянием христианской морали и законов в XV-XVII веках аборт как медицинская операция практически исчезает из врачебной деятельности. Поворотным становится 1852 год. После упорной борьбы в Парижской медицинской академии, под давлением вопиющей статистики женской смертности при кесаревом сечении, аборт снова вступает в число акушерских операций в случаях анатомического сужения таза у беременных женщин. Вслед за этим медицинская наука начинает отстаивать и другие медицинские показания к искусственному аборту, и прежде всего в тех случаях, где беременность угрожает жизни матери. Смертная казнь за плодизгнание начинает вытесняться из законодательств европейских государств, сохраняя за собой при этом статус преступления «против жизни, против семьи и общественной нравственности». В первом русском Уголовном кодексе 1832 года изгнание плода упоминается среди видов смертоубийства. Согласно статьям 1461, 1462 Уложения о наказаниях 1885 года, искусственный аборт карался 4-5 годами каторжных работ, лишением всех прав состояния, ссылкой в Сибирь на поселение. Новое Уголовное Уложение 1903 года смягчает меры пресечения. «Мать, виновная в умерщвлении своего плода, наказывается заключением в исправительный дом на срок не свыше 3 лет, врач — от 1,5 до 6 лет» ¹²⁰. Подлинная революция в законодательстве относительно абортот происходит в России после 1917 года. 18 ноября 1920 года вступает в силу Постановление Наркомздрава и Наркомюста, которое полностью легализует искусственный аборт: «Допускается бесплатное производство операции по искусственному прерыванию беременности в обстановке советских больниц, где обеспечивается ей максимальная безвредность» ¹²¹. Россия становится первой страной

мира (не считая Франции периода революции 1791_1810 гг.), где происходит полное освобождение женщин и врачей от уголовной ответственности. Запрещение аборт в 1936 году сменилось их легализацией в 1955 г. Легализация была продолжена и в Законе РСФСР о здравоохранении 1971 г. и в Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан 1993 г. Последнее законодательство отличается четкой регламентацией медицинской процедуры: по желанию женщины аборт производится до 12 недель беременности, по желанию женщины и социальным показаниям — до 22 недель, по желанию женщины и медицинским показаниям — независимо от срока беременности ¹²².

Динамика юридических санкций — от смертной казни до полной легализации (не только в России, но и в Европе) — естественно ставит вопрос о причинах таких кардинальных перемен, происходящих в течение последних ста лет. Ответ на этот вопрос предполагает выход на уровень социально-политических процессов. Социально-политические аспекты проблемы аборта Большинство исследователей полагают, что основная причина юридической легализации искусственного выкидыша — это массовый «эпидемический» рост числа аборт, которые в неблагоприятных условиях «подполья» калечили и уносили огромное число жизней. У этой точки зрения есть свои основания, но есть и недостатки. Ее логика аналогична суждению: если патология приобретает массовый характер, то она должна превратиться в «норму». Кроме того, эта точка зрения предполагает следующий вопрос: в чем причины самой этой массовости? Отвечая на него, долгое время полагали, что рост числа искусственных выкидышей стимулировали экономические основания — тяжелые материальные условия, нужда, бедность. Но эти аргументы не выдерживали критики уже в предреволюционной России, когда статистика свидетельствовала о практически равном числе аборт среди обеспеченных слоев населения и в малообеспеченных семьях. В начале XX века весьма влиятельным был социально-политический подход к проблеме аборт. Я. Либман в 1914 году утверждал: «Дайте женщине равное с мужчиной положение в обществе, повысьте уважение к ее личности, уничтожьте презрение к внебрачной матери и ее детям, создайте условия, обеспечивающие существование всех рождающихся детей, признайте право на материнство и охраняйте его, воспитайте в подрастающих поколениях чувство уважения к институту материнства, обеспечьте каждую мать на время беременности и кормления ребенка — и не будет никакой надобности в уголовной репрессии для сохранения прироста населения и общественной нравственности... и наступит то блаженное время, когда врачам не придется прибегать к нему (аборт — И. С.)... ибо к ним (за редким и малым исключением) для этого и не будут обращаться» ¹²³. За годы советской власти эти

условия были практически созданы, по крайней мере, на уровне официальной идеологии, что тоже значимо. Тем не менее в 1986 г. в СССР было произведено только официально зарегистрированных — 7 млн. 116 тыс. аборт, в 1988 г. — 7 млн. 265 тыс. Относительный показатель искусственных аборт в СССР был самым высоким в мире — на 1000 женщин 15_44 лет — 120 аборт (с учетом официально незарегистрированных аборт эта цифра еще более внушительная). Как ни парадоксально, но условия, которые, по мнению Либермана, должны были привести к ликвидации потребности в искусственных аборт, напротив, стали новым мощным основанием роста этой потребности. Равное с мужчинами положение женщины в обществе, включение ее в общественно-полезную трудовую деятельность, заботы о карьере, т.е. социально-активный образ жизни, потребности современного общественного производства в женском труде — факторы, обеспечивающие постоянный и гарантированно высокий уровень числа аборт. На фоне социально-политических факторов весьма условным выглядит психоэмоциональный мотив аборт — «стыд за грех», «страх позора», который скорее работает в государствах с устойчивой религиозной культурой, хотя говорить о подлинно религиозных мотивах подобных поступков естественно неуместно. Мотивы психоэмоционального уровня наполняются новым содержанием — боязнь общественного мнения, приспособление к социально-бытовым стандартам. Один из них — организационная структура здравоохранения, предусматривающая существование специальных направлений, обеспечивающих производство аборт, разработку медицинских методик искусственного го аборт, анестезиологическое обеспечение, подготовку специальных медицинских кадров. Современная технологическая комфортность искусственного прерывания беременности, его общедоступность, бесплатность — благоприятные условия не только производства, но и гарантия устойчивого воспроизводства практики аборт. Перечисленные факторы, взаимодополняя друг друга, не могли и не могут существовать в морально-мировоззренческом вакууме. В настоящее время наиболее влиятельной формой морально-мировоззренческого оправдания аборт является либеральная. Либеральный подход к проблеме аборт Если законодательства государств Европы и Америки, запрещающие медицинскую практику аборт вплоть до 1-й половины XX века, были сформированы под влиянием морально -религиозных установлений, то современные законодательства, легализующие аборт, имеют своим основанием либеральную идеологию. Либеральное оправдание аборт базируется на двух принципах. Первый — это право женщины распоряжаться своим телом. Второй — отрицание личностного статуса плода. Первый принцип — право женщины распоряжаться своим телом — завоевывал себе место в

европейской культуре с трудом. Его первые рубежи — это так называемые медицинские показания к аборту, т. е. специфически медицинские случаи, например, анатомически узкий таз, или гидроцефалия плода (водянка мозга), когда рождение ребенка ставит жизнь матери под угрозу. Постепенно происходило расширение медицинских показаний, к ним стали относить болезни сердца, почек, туберкулез, душевные болезни, наследственные заболевания и т. п. В первой половине XIX века входит в оборот понятие «социальные показания», которое вначале включало изнасилование, сношение путем обмана, чрезмерная нужда. Постепенно объем понятия расширяется, и оно начинает включать «желание мужа», «неблагоприятную семейную жизнь», «желаемое количество детей». В итоге цивилизованный мир приходит к признанию права женщины быть совершенно автономной в принятии решения о прерывании беременности и не только в первой ее трети. Например, в случаях больших сроков беременности, согласно «Инструкции о порядке разрешения операции искусственного прерывания беременности по немедицинским показаниям» 1988 г. («при наличии у женщины оснований к прерыванию беременности немедицинского характера», не предусмотренных настоящей Инструкцией), — это «смерть мужа во время беременности, пребывание женщины или ее мужа в местах лишения прав материнства, многодетность (число детей свыше пяти), развод во время беременности, инвалидность у ребенка, то вопрос о прерывании беременности решается комиссией (медицинского учреждения — И. С.) в индивидуальном порядке». И если, как правило, такие операции достаточно дороги (весной 1994 г. — 400 тыс. руб. — 2,5 средней месячной зарплаты), то в Москве, например, существуют такие медицинские организации, которые осуществляют аборты только с большим сроком беременности и совершенно бесплатно. Это медицинские научно-исследовательские учреждения, использующие эмбриональный материал поздних сроков беременности (18-22 недели) для фетальной терапии. С 1996 года в России, согласно распоряжению премьера Виктора Черномырдина, действует расширенный перечень социальных показаний для искусственного прерывания беременности сроком до 22 недель. 22 недели — это срок реальной выживаемости и жизнеспособности родившихся в этом возрасте детей. Лишать детей этой жизнеспособности могут женщины, признанные безработными или имеющие безработного мужа, женщины, не имеющие жилья, проживающие в общежитии или на частной квартире и т. п. Либеральность подобного распоряжения может быть сравнима только с либеральностью Постановления Наркомздрава и Наркомюста 18 ноября 1920 года, согласно которому Россия стала первой страной мира, полностью легализовав шей искусственный аборт. Либеральная легализация аборта окончательно развела юридическое и моральное измерение проблемы. Это разведение разделяет и религиозно-

философская, т. е. консервативная, в нашей терминологии, позиция. Например, Е. Н. Трубецкой в своей докторской диссертации «Религиозно-общественный идеал западного христианства в XI веке» прослеживает организующую роль исторического христианства в политической жизни современных культурных народов и приходит к выводу, что смешение «порядка благодатного с порядком правовым» обрекает «порядок благодатный» на утрату своей силы ¹²⁴. Данная Богом, сущностная, внутренняя свобода человека вряд ли может быть безусловно и окончательно ограничена каким бы то ни было внешними, в данном случае властными факторами, в т. ч. и государственным законодательством. Неудача правового запрещения и ограничения этой свободы (в случае прерывания беременности) даже под страхом суровых наказаний — лишь еще одно тому доказательство. Единственно, кто может ограничить свою сущностную свободу — это сам человек. Одно из толкований греха связано с пониманием греха «не как непослушания, а как утраты свободы» ¹²⁵. Женщина, делающая аборт, теряет свою свободу, — утрачивает дар быть матерью. И какие бы «показания» не сопровождали данную потерю, это в христианской традиции проявление социального и нравственного зла. Не разделяя идей традиционной морали, либеральное сознание выстраивает свою аргументацию «моральности аборта». Исходным в этой аргументации является принцип: «право женщины на аборт». Анализ этого суждения выявляет, что оно имело свой смысл скорее в условиях борьбы либерализма с консервативным законодательством, преследующим производство аборт, нежели в условиях господства либерального законодательства, разрешающего производство аборт. В этой ситуации принцип «права женщины на аборт» как «ценность» борьбы теряет свой позитивный смысл. Поэтому в арсенале либеральной идеологии появляется принцип «право женщины на собственное тело», или «право женщины распоряжаться функцией своего тела». Но без конкретного медицинского содержания использование этого суждения вряд ли целесообразно. Известно, что метафизическим основанием либерального сознания является натуралистическо-материалистическая антропология. Согласно последней, человек — это «психоматериальная телесность», «осознающая сама себя материя», и даже «тело и только тело» (Ф. Ницше). С другой стороны, сторонники аборт утверждают, что зародыш человеческого существа фактически ничего из себя не представляет, кроме «сгустка тканей» или «кровообразной массы» ¹²⁶. В свете сказанного суждение «право женщины на аборт» превращается в суждение «право тела на собственное тело» или «право тела распоряжаться функцией своего тела». Может ли такое суждение выполнять роль регулирующей нормы или ценности? «Отрицание личностного статуса плода» — второй основополагающий принцип защитников аборт. Действительно, если исходить из

понимания морали как системы идей, регулирующей отношения между людьми, то необходимо, по крайней мере формально, наличие двух субъектов этого отношения — «человек-человек». Если при этом допустить, что плод — это не человек, то в силу отсутствия второго субъекта морального отношения, аборт — это вообще не моральная проблема. Принятие решения об аборте — это результат вычисления тех или иных интересов, баланса жизненных обстоятельств, но ни в коем случае не моральный поступок. Но можно ли допустить, что плод — это только «сгусток тканей», а не человек? Проблема статуса эмбриона Человеческое существо, развиваясь, проходит ряд преходящих стадий — от оплодотворенной клетки до личности. В какой момент на этой шкале стадий начинается жизнь? Можно ли поставить знак равенства между понятиями и их материальным оформлением — «человек», «эмбрион», «плод», «ооцит», «зародыш»? В какой момент человеческое существо становится моральным субъектом? Конкретные ответы, которые давала культура и наука, менялись от эпохи к эпохе. Согласно древней восточной традиции, возраст человека отсчитывается с момента зачатия. В древней западной цивилизации было распространено мнение, что жизнь начинается с рождения. Долгое время врачи связывали начало жизни плода с первым «шевелением». В католической церкви со времен позднего средневековья, благодаря разработкам Фомы Аквинского, работала аристотелевская концепция «одушевления» (на 40 день после зачатия у мужчин и на 80 — у женщин). Естественно-научная или физиологическая позиция относительно «начала» человеческой жизни отличается от религиозной (метафизиологической) принципиальным отсутствием единого решения даже в пространстве и времени современной культуры. Различные физиологические подходы могут быть объединены лишь по формальному признаку — ответ на вопрос: «Когда начинается человеческая жизнь?» всегда предполагает сведение «начала» жизни к «началу» функционирования той или иной физиологической системы — сердцебиения, легочной или мозговой деятельности. Например, в начале XX века биология связывала «жизнь» с 4-месячным плодом, так как «эмбрион до 6 недель — простейшая ткань, до 2,5 месяцев — млекопитающее существо низшего порядка, и именно с 4-х месяцев фиксируется появление мозговой ткани плода, что говорит о возникновении рефлексивно-воспринимающего существа»¹²⁷. В конце XX века у 6-недельного плода регистрируется электрофизиологическая активность ствола мозга. Примечательно, что исчезновение этих мозговых импульсов у человека является современным юридическим основанием констатации его смерти. Если перенести современный критерий смерти человека — «смерть мозга» — на уровень проблемы определения критерия начала жизни, то, сохраняя логику, именно эти 6 недель — начало активности ствола мозга — необходимо принять

как время начала жизни. Но полнота мозговой деятельности связана с сознанием и речью. Нельзя не напомнить, что сознание и язык, как признаки личности, появляются лишь на 2-м году жизни ребенка. Но признание этой цифры за начало человеческой жизни абсурдно и, следовательно, вообще подвергает сомнению вариант, связанный с «мозговым» критерием.

Еще один выделяемый физиологический рубеж возникновения человеческой жизни — первое сердцебиение (4 недели). В то же время принципиальным для многих является формирование легочной системы (20 недель), что свидетельствует о возникшей «жизнеспособности» плода. Под жизнеспособностью понимается его способность выжить вне организма матери. Однако в последнее время физиологические рубежи все более выходят на клеточный уровень. Современная микрогенетика располагает двумя подходами. Согласно первому, собственно индивидуум — неповторимая и неделимая целостность — образуется в течение 2-й недели после зачатия, в результате полной утраты у родительских клеток способности самостоятельного существования. Другая позиция, распространенная среди микрогенетиков, связывает «начало» человеческой жизни с моментом оплодотворения яйцеклетки как моментом обретения полного и индивидуального набора генов будущего биологического организма. «С точки зрения современной биологии (генетики и эмбриологии) жизнь человека как биологического индивидуума начинается с момента слияния ядер мужской и женской половых клеток и образования единого ядра, содержащего неповторимый генетический материал. На всем протяжении внутриутробного развития новый человеческий организм не может считаться частью тела матери. Его нельзя уподобить органу или части органа материнского организма. Поэтому очевидно, что аборт на любом сроке беременности является намеренным прекращением жизни человека как биологического индивидуума» ¹²⁸. Этическое знание предлагает свои ответы на вопросы о том, когда и при каких условиях человеческое существо становится моральным субъектом, т. е. носителем собственно моральных прав, и прежде всего права не быть умерщвленным. К сожалению, говорить о единодушии этических подходов так же не приходится. Согласно одному из них, вопрос о начале жизни человеческого существа может быть решен при условии определения критерия морального статуса человеческого плода. Рациональность, способность к рефлексии, к поступку, к заключению договора и другие подобные критерии морального субъекта, личности отпадают, так как речь все же идет о плоде в утробе матери. Из многочисленных исследований этой проблемы можно выделить еще четыре свойства, которые, по общему мнению, в состоянии выполнить функции критерия. Это —

внутренняя ценность, жизненность, рациональность, реакция на раздражители. В результате критического анализа каждого из них, Л. В. Коновалова приходит к выводу, что в ходе применения их к ситуации морального выбора при аборте, приемлемым оказывается «единственный критерий — критерий реакции на раздражители, понимаемый в узком смысле как способность ощущать удовольствие и боль, приятное и неприятное»¹²⁹. Этот критерий выбирается как основание «возможности установить существенное с моральной точки зрения различие между ранним и поздним прерыванием беременности... Это второй триместр беременности (3-6 месяцев)». Совпадение такого подхода с житейскими представлениями, с юридической практикой делает раннее прерывание беременности морально допустимым¹³⁰. Тем не менее, с нашей точки зрения, такой подход вряд ли может быть оценен как безупречный. Моральный статус человеческого существа не определяется набором физиологических реакций и свойств. Такое «определение» сродни уже известному: процедуре сведения морального, этического к биологическому, с благой, но не вполне корректной целью объяснения моральных ценностей и норм. Если мы говорим о моральном статусе плода, пытаюсь ответить на вопрос о моральности аборта, то лучше всего делать это, находясь в границах самого морального сознания, а не физиологических процедур. При этих условиях плод приобретает моральный статус, соучаствуя в моральных взаимоотношениях. Критерием морального статуса плода является его включенность в моральное отношение, которое возникает, когда плод, эмбрион, зародыш, «сгусток ткани» становится объектом моральной рефлексии и для матери, в тот или иной критический момент выбора, и для человеческой культуры, которая самой постановкой проблемы о моральном статусе эмбриона уже делает его субъектом фундаментальных моральных прав, проявляя при этом моральные качества человеческого рода в целом, такие как солидарность, долг, взаимответственность, свобода, любовь, милосердие. Вряд ли целесообразно отрицать эти ценности, которые являются традиционным содержанием морально-этического «должного», несмотря на реальность различных житейских обстоятельств, разных практических интересов и все ситуативное многообразие «сущего». Морально-этическое решение проблемы начала человеческой жизни (в его нередукционистской форме) является разумным и непротиворечивым дополнением как к религиозной позиции, так и к естественно-научной, представленной исследованиями современной микрогенетики, и выполняет одну из своих традиционных функций жизнезащиты. Консервативный подход к проблеме аборта В морально-мировоззренческом пространстве России реально сосуществуют различные ценностно-мировоззренческие ориентации, среди них — либеральная и консервативная. Каждая из этих позиций имеет свои основания, свою

традицию. Консервативная — основывается на моральных ценностях религиозной культуры. Рассмотрим особенности консервативного подхода к проблеме аборта на примере православия. Как известно, в Библии мало изречений, прямо относящихся к обсуждаемой проблеме. К ним относятся слова Иова, который, говоря о своей жизни, начинает с «ночи, в которую сказано: «зачался человек!»» (Иов. 3, 3). Человек, ударивший беременную женщину, что стало причиной выкидыша, обязан заплатить штраф (см.: Исх. 21, 22). Христианское «нет» абортам однозначно и основательно. Православное богословие полагает, что при решении сложных нравственных вопросов «на первое место чаще всего выдвигается самая жизнь основателя христианства, как воплотившая в себе идеал совершеннейшего пути ко спасению» ¹³¹. В этом плане Благовещение Архангела Гавриила Марии: «Радуйся, Благодатная! Господь с тобою; благословенна ты между женами» представляет собой символическую форму христианского понимания начала человеческой жизни. Этот принцип ставит под сомнение «право женщины на собственное тело», допускающее, что плод есть лишь часть материнской ткани. «Это не ее тело; это тело и жизнь другого человеческого существа, вверенного ей материнским заботам для кормления» ¹³². К каноническим относится суждение Василия Великого (IV-V вв. н. э.): «Умышленно погубившая зачатый в утробе плод подлежит осуждению, как за убийство». Однако оценка аборта как нарушения ветхозаветной заповеди «не убий» — одно из оснований его христианского осуждения. К мысли о еще одном основании приводит Св. Иоанн Златоуст. Он пишет, что плодоизгнание — «нечто хуже убийства», так как здесь не умерщвляется рожденное, но самому рождению полагается препятствие» ¹³³. Что может быть «хуже убийства»? Очевидно то, что приводит к убийству, что является его основанием. Это — нарушение «первой и наибольшей заповеди» — заповеди Любви. Максим Исповедник различает пять видов любви: «ради Бога», любовь «по причине естества, как родители любят чад», «ради тщеславия», «из-за сребролюбия», «вследствие сластолюбия». Из этих видов любви на второе место Максим Исповедник помещает любовь «по причине естества» ¹³⁴. Аборт — это нарушение заповеди любви, причем в самой ее человечески-глубинной сути — через убийство матери своего дитя. Даже животный мир, в сравнении с которым так часто прибегает натурализм, не знает аналогов подобного действия, свидетельствуя о его противоестественности. Аборт — это «препятствие рождению». Но рождение — это «выход из материнской утробы», которая в христианской семантике является не просто анатомическим термином. Смысл этого слова в христианской традиции, как полагает С. Аверинцев, чрезвычайно широк и значим: это и «милосердие», и «милость», и «жалость», и «сострадание», и «всепрощающая любовь» ¹³⁵. С. Аверинцев считает, что символика «чревной» и «теплой» материнской любви особенно

характерна для греко-славянского Православия, в отличие от смыслов этого понятия в античности, и сохраняется «в образе девственного материнства Богородицы» до сих пор. Особое почитание Богородицы в Православии проявляет себя в величаниях церковных песнопений, в наименованиях явленных икон Божией Матери. П. Флоренский дает одно из самых полных их перечислений: «Истинная Живородательница», «Нечаянная радость», «Умиление», «Отрада и Утешение», «Сладкое лобзание», «Радость всех радостей», «Утоление печали», «Всех скорбящих радость», «В скорбях и печалях утешение», «Заступница усердная», «Взыскание погибших», «Умягчение злых сердец», «Избавление от бед страждущих», «Милостивая целительница», «Путеводительница», «Истинный живородный Источник»¹³⁶. Каждое название иконы Богоматери — это буква в алфавите православной нравственности, первой заповедью которой является «заповедь любви». Принятие и допущение аборта как юридически узаконенной практики без определенных, гласных, публичных морально-этических ограничений и разъяснений — это симптом морального кризиса общества. Врач, как принципиальный со-участник жизни человека с момента его рождения до смерти, сегодня имеет возможность свободно обсуждать фундаментальные проблемы человеческой жизни. В 1983 году Всемирная Медицинская Ассоциация приняла специальную декларацию о медицинских абортах, которая включает в себя следующие принципы:

«1. Основополагающий моральный принцип врача — уважение к человеческой жизни с момента ее зачатия. 2. Обстоятельства, противополагающие интересы потенциальной матери интересам ее неродившегося ребенка, ставят врача перед необходимостью выбора: сохранить беременность или преднамеренно ее прервать. 3. Неоднозначность выбора определяется разными религиозными и нравственными позициями, причем любое из решений требует уважения. 4. Определение отношения к этому вопросу и правил его решения в данном государстве или общине лежит вне компетенции медицины; врачи должны лишь обеспечить защиту своим пациентам и отстаивать собственные права в обществе. 5. В тех странах, где медицинские аборт разрешены законом, компетентные специалисты могут делать их на легальном основании. 6. Если личные убеждения не позволяют врачу рекомендовать или сделать медицинский аборт, он должен порекомендовать пациентку компетентному коллеге. 7. Исполнение положений настоящей Декларации Генеральной Ассамблеи Всемирной Медицинской Ассоциации не является обязательным для тех ассоциаций-членов, которые не присоединятся к ней»¹³⁷. Определить врачу свое отношение к аборт сегодня поможет не только моральная традиция отечественного врачевания, но и определенная позиция

Церкви. В 2000 году Церковно-общественный Совет по биомедицинской этике при Московском Патриархате принял Заявление «О грехе детоубийства», содержание которого сводится к следующему: «На протяжении последних десятилетий Россия занимает одно из первых мест в мире по числу ежегодно совершаемых аборт. Церковно-общественный Совет по биомедицинской этике считает своим долгом заявить о неприемлемости искусственного прерывания беременности и с христианской, и с медицинской точек зрения. Аборты являются одной из причин материнской смертности. Однако аборты опасны не только для здоровья женщины. Разрушительны нравственные и демографические последствия данной «врачебной» практики для общества. В связи с резким снижением рождаемости в России (2 аборта на 1 роды) растет естественная убыль населения. За годы реформ по причине превышения смертности над рождаемостью население страны сократилось на 5,8 млн. человек. Утверждая неограниченное право каждой женщины на совершение аборта, ныне действующее Российское законодательство являет собой пример превратного понимания и использования свободы. Никакая свобода не дает право матери и врачу лишать священного дара жизни тех, кто не может противостоять произволу и насилию. В силу этого, а также основываясь на результатах современных научных исследований в области биологии и медицины, ЦОС заявляет:

1. Производство аборта — искусственное прерывание беременности — этически не допустимо, ибо является преднамеренным убийством не рожденного ребенка и прямым нарушением Божественной заповеди «не убий».

2. Православное богословие и антропология в полном согласии с современными научными данными о биологической сущности человека связывают начало человеческой жизни с моментом зачатия (слияния отцовской и материнской половых клеток). «Тот, кто должен стать человеком, уже человек» (Тертуллиан, II в. по Р. Х.).

3. Подлинный текст Клятвы Гиппократы (V в. до Р. Х.) среди известных каждому врачу принципов содержит обязательство: «...Я не вручу никакой женщине абортивного пессария. Чисто и непорочно буду проводить я свою жизнь и свое искусство».

4. К опасным и неизбежным последствиям аборта относится нарушение физического и душевного здоровья женщины. Ее духовное благополучие не возможно без искренне го и глубокого покаяния в содеянном преступлении. Врач, производящий аборт, является полномерным соучастником преднамеренного преступления. Согласно Правилам Православной Церкви, «дающие врачество для извержения зачатого в утробе, суть

убийцы, равно и приемлющие детоубийственные отравы» (Правило 8 св. Василия Великого). Нравственную ответственность перед Богом и обществом разделяет и отец, если он не препятствует предстоящему аборту или настаивает на его проведении.

5. К разновидности преднамеренного убийства относится и евгенический аборт, имеющей целью не допустить рождения больных детей. Достижение человеческого разума — дородовая диагностика — используется в этих случаях не как средство для мобилизации моральной и медицинской помощи, особенно в ней нуждающихся детей, а как орудие нацистской политики «очищения расы» от неполноценных людей.

6. В тех редких случаях, когда необходим выбор между жизнью матери и плода, православная этика ориентирует мать на самопожертвование, как высшее проявление любви к ближнему, тем более к своему ребенку. Поэтому так называемые «аборты по медицинским показаниям» неприемлемы для совести православных людей. Исключением является спасение жизни матери при условии неизбежной гибели плода. Совет отдает себе отчет в том, что разнообразие жизненных ситуаций столь велико, что в отдельных случаях врач должен принимать решения, сообразуясь со своим профессиональным опытом и христианской совестью.

7. Совет призывает всех содействовать отмене Постановления Правительства РФ от 05.05.96 № 567 «Об утверждении перечня социальных показаний для искусственного прерывания беременности», легализовавшего поздние аборты (до 22 недель). При этом использование эмбрионов, плодов и их тканей в экспериментальных целях и для получения биологических материалов различного назначения, в том числе для фетальной терапии, следует приравнять к каннибализму.

8. Совет считает необходимым внесение в существующее законодательство положения о праве медицинского работника отказаться от проведения аборта или участия в его проведении по религиозным и нравственным убеждениям.

9. Совет по биомедицинской этике констатирует, что все гормональные препараты, а также другие контрацептивные средства, «противозачаточный» эффект которых основан на недопущении имплантации оплодотворенной яйцеклетки, являются abortивными средствами, а их применение равнозначно аборту, так как губит уже начавшуюся жизнь.

10. Производство абортов в стране за счет всех без исключения налогоплательщиков является нравственно неприемлемым для каждого религиозного человека.

11. Работу по разъяснению греховной сущности аборта и его последствий для личности и общества следует считать миссионерской задачей Церкви. Представление об аборте, как о чем-то допустимом, никогда не было свойственно христианскому сознанию и не может получить церковной поддержки. Церковь всегда благословляла мать, свято хранящую дитя, ниспосланного Богом, и врачей, стремящихся сохранить священный дар жизни. Навязываемая обществу альтернатива абортам в виде противозачаточных средств и развития служб «планирования семьи» является ложной. Подлинной альтернативой аборту в современных условиях может стать только укрепление семьи и религиозное воспитание молодежи. Преодоление греха аборта есть необходимое условие и составляющая часть духовного возрождения России». Контрацепция и стерилизация Наряду с искусственным абортом, формами медицинского вмешательства в генеративную функцию человека являются контрацепция и стерилизация. В настоящее время женщина обладает равным правом, как на аборт, так и на контрацепцию и стерилизацию. Однако эти формы медицинского вмешательства не равнозначны. Контрацепция и стерилизация — это формы предупреждения искусственных абортов, включая и нелегальные. Зарубежная статистика свидетельствует, что широкое применение контрацепции снижает количество абортов. В Болгарии, Венгрии, Чехии, Германии, где охват современными видами контрацепции составляет 50-60%, количество абортов стало в 2-3 раза меньше родившихся ¹³⁸. Однако моральное различие между предупреждением зачатия и искусственным абортом принималось и существовало не всегда. Ориентируясь на ветхозаветный императив «Плодитесь и размножайтесь», многие христианские ученые отрицали любое искусственное ограничение деторождения. В качестве единственной альтернативы допускалось воздержание в браке. Эти принципы долгое время формировали нравственную культуру врачей. В 1912 году доктор Л. Окинчиц писал: «Главным препятствием к научной разработке способов, предупреждающих зачатие, является осуждение их врачами с этической точки зрения» ¹³⁹. В начале века попытки многих врачей усмотреть и убедить общественное мнение, что «предохраняющие средства есть мера лечебная», успеха не имели. Ситуация меняется к концу века. В 1991 году на XIII Международном конгрессе акушеров-гинекологов была предложена новая концепция здоровья и благосостояния женщины, где наряду с традиционными формами принципиальное место занимает медицинская помощь по контрацепции. Медицинские

аспекты контрацепции и стерилизации. Существующие методы контрацепции можно условно разделить на две группы. К первой, традиционной, группе относят ритмический метод, который известен в литературе как календарный, температурный метод, прерванный половой акт, механические средства, химические с локальным действием. Ко второй группе современных методов относятся: гормональная или оральная контрацепция, внутриматочные средства (ВМС). 50-60 годы XX века — период испытаний и внедрения в клиническую практику оральных контрацептивов. Американские ученые У. Pincus и J. Rock выделяют ряд препаратов, подавляющих овуляцию. В 60-х годах, благодаря применению гибкой пластмассы, была реализована идея немецкого гинеколога R. Ricker, который еще в 1909 г. предлагал использовать введение в полость матки шелковые нити, скрученные в кольцо. 60-е годы — время создания и внедрения полиэтиленовых внутриматочных спиралей типа петли Lippes. Отличие современных контрацептивных средств — уровень их патологического воздействия на организм. И. Мануилова, на основании многолетних исследований, приходит к выводу: «Эффективность противозачаточного метода пропорциональна частоте побочных реакций и осложнений, обусловленных методом контрацепции» ¹⁴⁰. Степень же эффективности современных средств возрастает по сравнению с традиционными методами в 10-20 раз (оральная контрацепция) и в 3-7 раз (ВМС). Предельно эффективным методом контрацепции является стерилизация — «перевязка», или создание искусственной непроходимости маточных труб при мини-лапаротомии, лапароскопии или гистероскопии. Однако возможна и сегодня получает распространение не только женская, но и мужская стерилизация (вазэктомия).

В настоящее время используются два вида стерилизации: один из них — с восстановлением генеративной функции («зажимы Фильше»), а второй — так называемая необратимая стерилизация. Оба вида стерилизации нашли широкое распространение в Европе и США. Например, почти каждая четвертая женщина в США и Англии прибегает к стерилизации, как правило, в случаях окончательного формирования семьи, возраста, медицинских показаний. Относительная простота этого метода (например, при нехирургической стерилизации), необратимый характер полного подавления репродуктивной способности могут служить средством не только планирования семьи, но и управлению и контролю за демографическими процессами с заранее заданными и весьма разнообразными целями. Демографическая политика и контрацепция. Возможность регулирования демографическими процессами на уровне государственного контроля за рождаемостью была известна уже греческой цивилизации. Аристотель в «Политике»

рекомендовал: «Пожалуй... должно поставить предел скорее для деторождения, нежели для собственности, так, чтобы не рождалось детей сверх какого-либо определенного числа. Это число можно было бы определить, считаясь со всякого рода случайностями, например с тем, что некоторые браки окажутся бездетными. Если же оставить этот вопрос без внимания, что и бывает в большей части государств, то это неизбежно приведет к обеднению граждан, а бедность — источник возмущений и преступлений»¹⁴¹. В IV-III вв. до н. э. вопрос о перенаселении, как сообщает Полибий, решается в Древней Греции ограничением рождения одного-двух детей в семье. Когда-то, по крайней мере, для Аристотеля, наиболее гуманным средством строгого и обязательного соблюдения этого установившегося обычая, в сравнении с убийством и заброшенностью новорожденных, был аборт. Для современной цивилизации, по крайней мере, на уровне положений ООН, характерна позиция, что аборт нельзя рассматривать как метод регуляции рождаемости. Этим методом становится контрацепция и стерилизация на уровне медицинской практики и принципы «планирования семьи» и «правильного репродуктивного поведения» на уровне идеологии. В XIX веке идеологической формой оправдания предупреждения беременности было мальтузианство, которое все беды и несчастья человечества связывало с «абсолютным избытком людей». Английский врач Дж. Дрисдэм в середине XIX века одним из первых использовал эти идеи для оправдания медицинских способов предупреждения зачатия и пропаганды противозачаточных мер. С этого времени контрацепция рассматривается как одно из средств регуляции рождаемости и непосредственно связывается с проблемами демографии в мире и регионах. В настоящее время в более чем 60 странах службы охраны материнства и детства работают вместе со службами планирования семьи на государственном уровне. Китай, например, где существует Министерство планирования семьи, может рассматриваться как образец государственной политики в области планирования семьи. В 1952 году была создана Международная федерация планирования семьи (МФПС). МФПС «ставит перед собой следующую глобальную цель. В настоящий момент всего лишь треть лиц репродуктивного возраста имеют доступ к планированию семьи. К 2000 году население Земли вырастет до 6 млрд. человек, из которых 950 млн. будут супружеские пары, способные к деторождению. МФПС берет на себя обязательство, работая с правительствами, учреждениями ООН и другими неправительственными организациями, добиться к 2000 году того, чтобы не менее 450 млн. супружеских пар во всем мире планировали свою семью». МФПС работает в 6 географических регионах: Африканский регион, регион Индийского океана, арабский регион, Восточная и Юго-Восточная Азия и Океания, Западное полушарие, Европа. При этом выделяются финансовые, моральные

ресурсы тем странам, которые больше всего в них нуждаются. «Нужда» определяется прежде всего демографическими показателями: «уровнем рождаемости, материнской смертностью, детской смертностью и распространенностью контрацептивов» ¹⁴². Реализация «глобальной цели» предполагает решение следующих основных задач, среди которых:

«1. Пропаганда концепции планирования семьи и обеспечение услуг в этой области как можно в большем масштабе, с тем, чтобы все желающие могли добровольно, на основе полученной информации, выбрать и применять подходящий им метод планирования семьи. 2. Уважение права личности и супругов на свободный выбор метода планирования семьи в интересах их собственного здоровья и здоровья детей. 3. МФПС твердо возражает против применения любых форм принуждения (прямого или косвенного) в выборе применения методов планирования семьи. 4. МФПС не рассматривает аборт в качестве метода планирования семьи; контрацепция есть единственный метод против нежелательной беременности. 5. Соблюдение культурных традиций при проведении политики планирования семьи обеспечивается путем изучения местных особенностей добровольцами из числа населения, которые затем разрабатывают и осуществляют программы и составляют основу национальных ассоциаций. 6. МФПС оказывает поддержку программам ассоциаций — членов, работающих параллельно или совместно с правительствами своих стран» ¹⁴³. Последний, шестой пункт весьма существен в комплексе морально-этических проблем регуляции репродуктивной функции человека. Существование международных организаций «Международное общество по совершенствованию контрацепции», «Международная федерация планирования семьи», работающая с правительствами на уровне ассоциаций в 134 странах мира (в том числе и в России), ставит вопрос: кто же является основным субъектом регуляции рождаемости в условиях государственной демографической политики — женщина, семья или государство и международные организации? Этична ли и в каких случаях регуляция детородной функции в масштабах социально-государственного управления, какого-либо социально-политического или международного контроля? Очевидно, совсем не случайным условием членства в МФПС-Европа является принцип Конституции Регионального Совета: «неучастие ассоциации или лица, ее представляющего, в дискриминационной политике в отношении расы, вероисповедания, цвета кожи, политических убеждений или пола». Контрацептивные методы контроля за рождаемостью, особенно стерилизация, в руках политиков, принимающих идеи такого толка, могут обернуться непредсказуемыми последствиями для человеческой популяции,

перед которыми померкнут все известные в истории человечества «демографические взрывы». Консервативные прогнозы и оценки Н. Лосский в работе «Бог и мировое зло» писал: «Поскольку зло в человеческой жизни обусловлено глубочайшими свойствами человеческой личности, оно не может быть устранено никакими изменениями общественного строя (в нашем случае — достижениями научно-технического и социального прогресса — И. С.). Из этого, однако, совсем не вытекает, будто не следует бороться за социальную справедливость... Нужно только помнить, что идеал абсолютного добра в земных условиях недостижим, и новые формы общественной жизни, которые удастся выработать будущим поколениям, внесут лишь частичные улучшения некоторых сторон существования и, может быть, вместе с тем породят какие-нибудь новые проявления зла»¹⁴⁴. Эти тенденции не заставили себя долго ждать. Одну из них фиксирует Э. Дюркгейм в своем фундаментальном социологическом исследовании природы и причин роста числа самоубийств в современной культуре: «Итак, факты не подтверждают обыденного мнения, что самоубийства вызываются главным образом тяготами жизни; наоборот, число их уменьшается по мере того, как существование становится тяжелее. Вот неожиданное последствие мальтузианизма, которого автор его, конечно, не предполагал. Когда Мальтус рекомендовал воздержание от деторождения, то он думал, что, по крайней мере, в известных случаях это ограничение необходимо ради общего блага. В действительности оказывается, что воздержание это является настолько сильным злом, что убивает в человеке самое желание жить. Большие семьи вовсе не роскошь, без которой можно обойтись и которую может себе позволить только богатый; это насущный хлеб, без которого нельзя жить»¹⁴⁵. Вторая тенденция явилась в виде «сексуальной революции», которая европейская цивилизация переживает с середины XX века. Х. Хефнер, основатель «Плейбоя», анализируя причины сексуальной революции XX века, говорит о трех основных факторах: появлении контрацептивов, антибиотиков и свободных денег. Нельзя не добавить к этим факторам и принципиальные изменения в морально-этическом сознании, свой вклад в которые внесли психоаналитическая медицина и психология. Он заключался в принципиальном разграничении собственно сексуальности (как проявлении либидо) и функции продолжения рода. Контрацепция как средство подавления этой функции становится символом освобожденной сексуальности.

Неудивительно, что «между православными учеными существует всеобщее согласие по следующим двум пунктам: 1) поскольку одной из целей супружества является рождение ребенка, чета поступает аморально, постоянно прибегая к методам контрацепции во избежание этого, если на то нет смягчающих обстоятельств; 2)

контрацепция аморальна и тогда, когда способствует блуду и прелюбодеянию»¹⁴⁶. У этой категоричности есть свои основания. Православные авторы раскрывают, что за безоговорочным использованием и массовым распространением контрацепции стоит нравственное выхолащивание и обесценивание человека. Вот суждение Л. Карсавина (1882-1952): «Всякие ограничения полового акта (в частности меры против деторождения), заменяя слияние (тел — И. С.) склеиваем, ведут к дурному разложению личности или о нем свидетельствуют... Ибо по существу своему и в идеале половой акт — наиболее духовный из актов человека, потому именно и подверженный опасности наибольшего оплотняения... Здесь человек наиболее причастен Божьему Творческому акту, погружаясь в бездну небытия, из коей подымается новый человек; здесь возникает новое пространство и новое время рождающегося, преобразуя весь пространственно-временной мир; здесь даже животное приближается к духовности, становясь способным на любовь и жертву»¹⁴⁷. Вл. Соловьев в своей работе «Смысл любви», различая половую любовь и размножение рода, не связывает их однозначно. Сама половая любовь понимается им как элемент, проявление и свидетельство существования определенного метапорядка, некой системы, задающей собственно сущность и смысл существования половой любви. В своем истолковании половой любви и духовности Вл. Соловьев постоянно спорит с вульгарным пониманием христианства: «Ложная духовность есть отрицание плоти, истинная духовность есть ее перерождение, спасение, возрождение»¹⁴⁸. Н. Бердяев критиковал обыденно-религиозное понимание «проблемы пола в зависимости от вульгарного дуализма духа и плоти», оно «связало ее (проблему пола — И. С.) греховностью плоти, и это была не только моральная, но и метафизическая ошибка. Ведь плоть столь же метафизична и трансцендентна, как и дух и плотская любовь имеет трансцендентно -метафизические корни»¹⁴⁹. Именно эти основания, с точки зрения В. Н. Лосского, превращают плотскую любовь в «противоядие смертности»¹⁵⁰. Современный греческий богослов С. Харакас считает, что понимание половой любви как одной из форм возможного духовного совершенствования мужа и жены в любви и единстве допускает «применение контрацептивов с целью отсрочки рождения детей и ограничения их числа, дабы предоставить большую свободу чете для проявления их взаимной любви»¹⁵¹. Однако едва ли для всех православных людей может быть приемлемо такое умозаключение. В приведенном выше заявлении Церковно-общественного совета по биомедицинской этике недвусмысленно сказано: «Совет по биомедицинской этике констатирует, что все гормональные препараты, а также другие контрацептивные средства, «противозачаточный» эффект которых основан на недопущении имплантации оплодотворенной яйцеклетки, являются абортными средствами, а их применение

равнозначно аборту, так как губит уже начавшуюся жизнь». Вместе с тем искони заботой Церкви является попечение о сохранении и укреплении семьи. Именно поэтому в «Основах социальной концепции РПЦ» утверждается, что «супруги несут ответственность перед Богом за полноценное воспитание детей. Одним из путей реализации ответственного отношения к их рождению является воздержание от половых отношений на определенное время. Впрочем, необходимо памятовать слова апостола Павла, обращенные к христианским супругам: «Не уклоняйтесь друг от друга, разве по согласию, на время, для упражнения в посте и молитве, а потом опять будьте вместе...» (1 Кор. 7. 5). В силу противоположной направленности ценностей консервативной и либеральной позиции очевидна неприемлемость для православных устоев стерилизации. Католическая церковь также «абсолютно запрещает стерилизацию как средство, необратимо препятствующее деторождению» ¹⁵². Православная Церковь, как и католическая, — это социальная организация, объединяющая людей по сути дела во всех регионах мира. Тем не менее, она безоговорочно отдает приоритет индивидуальному выбору супружеской пары перед любыми мерами организационного контроля под знаком любой «благой» идеи, будь то «оздоровление нации» или «благополучие человечества».

4.2. Этические проблемы новых «технологий зачатия» (искусственного оплодотворения)

Вопросы этики искусственного оплодотворения — это проблемы отношения к началу человеческой жизни. В случае аборта врач и женщина вступают в моральное отношение с человеческой жизнью, пусть только в стадии ее возникновения, сроком в несколько дней, недель, месяцев. Тогда как при искусственном оплодотворении речь идет не столько о начале уже существующей жизни, сколько о возможности самого ее начала. И если аборт, контрацепция, стерилизация — это борьба с возникновением человеческой жизни, то искусственное оплодотворение — это борьба за возможность ее возникновения.

Показательно, что в этой «борьбе» искусственный аборт и искусственное оплодотворение тесно связаны между собой: практика искусственного аборта поставляет пациентов для практики искусственного оплодотворения. Так, по некоторым данным, распространенность искусственного аборта как одного из способа планирования семьи ведет к росту вторичного (приобретенного) бесплодия. Специалисты полагают, что вторичное бесплодие на 55% является осложнением после искусственного аборта. И если в среднем уровень бесплодия остается примерно таким же, как и 20-30 лет назад, то в настоящее время его структура меняется в сторону увеличения вторичного бесплодия ¹⁵³.

Таким образом, очевидно, что исторически потребность в искусственном оплодотворении вырастает отнюдь не только из потребностей борьбы с собственно бесплодием вообще, сколько из потребностей борьбы с трубным бесплодием — эпифеноменом медицинской деятельности и либеральной идеологии. Эпидемия абортс 2-й половины XIX века исторически и логически связана с разработкой методик искусственного оплодотворения. Проф. И. Мануилова констатирует: «Медицинская рекомендация к экстракорпоральному оплодотворению, как правило, является следствием анатомических нарушений в маточных трубах вследствие искусственного аборта» ¹⁵⁴. Общественное сознание порождает весьма яркие эпитеты для искусственного оплодотворения: «новая технология размножения», «техногенное производство людей», «асексуальное размножение». В оборот входят понятия: «избирательный аборт», «торговля репродуктивным материалом», «продукция оплодотворения» (дети — И. С.), «суррогатное материнство» и т. п. Каждое из этих понятий — реальная единица «этического минного поля» ¹⁵⁵, которое новые репродуктивные технологии создают для современной культуры. Как быть с эмоционально-психологическим миром личности, рожденной «в пробирке», ее моральным самосознанием, ее юридическими правами, социальным статусом, в конце концов? А как отнестись к такой тенденции — «в полной семье сегодня детей рождается меньше, а вне брака — больше, чем 30 лет назад» ¹⁵⁶. Давно уже перестали рассматриваться на уровне фантастики идеи искусственного оплодотворения спермой «генетически полноценных доноров». Сегодня понятие «полноценность» предполагает подбор донора в смысле цвета глаз, волос, национальности и «этнических особенностей реципиентки» ¹⁵⁷. Далеко ли от так понимаемой «полноценности» до заманчивой идеи о получении с помощью генетических манипуляций на эмбриональном уровне человеческого существа с заранее заданными свойствами? Тем более, что уже сейчас наука располагает возможностью управления выбором пола ¹⁵⁸. Идея «управления» на уровне эмбрионального материала неразрывно, смыслологически, телеологически связана с искусственным оплодотворением, как бы ни хотели многие закрыть глаза на это. Симптоматично, что в фундаментальных типологических моделях искусственного оплодотворения, зачатие никогда не является самоцелью, но всегда выступает лишь средством для решения другой задачи — задачи усовершенствования вида. Подобная задача ставится в селекционно-зоотехнической модели. Схожая задача стоит и в научно-мифологической (фантастической) модели (создание искусственного человека-гомункула, искусственного интеллекта и т. п.). Без сомнения технология «искусственного оплодотворения» является базовой для проектировщиков усовершенствования человеческих способностей и превращения их в устойчивые особенности. Очевидно, что для полноценной реализации

идеи «управления» особенностями человека технологически, этически и политически еще далеко. Сейчас же врачей и общественность беспокоит здоровье «пробирочных детей». По данным диссертационного исследования В. О. Бахтияровой, «Состояние здоровья детей, родившихся в результате экстракорпорального оплодотворения и искусственного осеменения», из 82 пробирочных детей — 44 имели неврологическую симптоматику. Среди наиболее часто встречающихся расстройств: «задержка внутриутробного развития — 29,3% (от общего числа исследованных детей, зачатых методом ЭО), 28,3% (от общего числа исследованных детей, зачатых методом ИО)», «асфиксия при рождении — 89,4% (ЭО), 90,5% (ИО)», «неврологические изменения — 53,6% (ЭО), 38,3% (ИО)»¹⁵⁹. К опасениям общего характера, высказанных автором, относятся: «1. В какой степени беременности, возникшие у бесплодных женщин, способствуют повышению генетического груза в популяции за счет рождения детей с врожденной и наследственной патологией? 2. Каково влияние медикаментозных средств, длительно используемых при лечении бесплодия (особенно гормонов), на плод? 3. Какова генетическая опасность использования спермы донора (анонимно — И. С.) при искусственном оплодотворении?»¹⁶⁰. К этим опасениям можно добавить и следующие вопросы: не станет ли метод искусственного оплодотворения косвенной поддержкой тенденции «асексуального размножения» и в итоге основанием принципиальных сдвигов в традиционных формах семейно-брачных отношений? Можно ли опасаться культурологических, демографических сдвигов в результате изменения структуры семейно-брачных, родственных отношений? Ответы на эти вопросы предполагают освещение истории и динамики создания технологий искусственного оплодотворения.

История вопроса

В основе попыток разработать методы искусственного оплодотворения лежит принцип — «для искусственного оплодотворения совокупление не существенно и не необходимо». Тем более аналогия оплодотворения без совокупления в животном мире — у рыб, например, — есть. Неудивительно, что метод искусственного оплодотворения начинает использоваться впервые в ветеринарии. Первый известный науке опыт искусственного оплодотворения на собаках был произведен в конце XVIII века (1780) аббатом Спаланцани. С 1844 г. метод искусственного оплодотворения начинает использоваться для оплодотворения кобыл и коров. Так, публикации в журнале «Вестник коннозаводства» за 1902 год свидетельствуют, что метод искусственного оплодотворения в случаях сужения канала шейки матки кобыл вполне испытан и вошел в общее употребление. Среди пионеров-разработчиков этой методики в России известен И.И.

Иванов. С 1899 года он начинает публиковать свои работы по искусственному оплодотворению над различными видами животных. Исследователи именно ему отдают пальму первенства в выдвижении идеи о возможности оплодотворения в искусственной среде. Основываясь на многочисленных экспериментах над животными, он опровергает мнение о необходимости секретной деятельности придаточных половых желез при акте оплодотворения. В конце XIX века идеи искусственного оплодотворения начинают использоваться и для «борьбы с женским бесплодием». В 1917 году доктор Ф. Ильин констатирует, что к 1917 году наука располагает 69-ю описанными и успешными случаями искусственного оплодотворения женщин спермой своего мужа ¹⁶¹. Благодаря изданию «Пол, секс, человек» (Пер. с фран., изд-во «Мир», 1993) российская общественность узнала о существовании «скандальной» диссертации Ж. Жерара (1885) «Вклад в историю искусственного оплодотворения (600 случаев внутрисемейного осеменения)», которая получила во Франции в свое время большой общественный резонанс. И это неудивительно. Во 2-й половине XIX века интимная жизнь супругов (т. е. то, что входит сегодня в понятие репродуктивной медицины — контрацепция, бесплодие) не находилась еще в компетенции медицины. Работа Ж. Жерара была своеобразным вызовом общественному мнению, поскольку незадолго до этого, в 1883 году, в Бордо в суде по аналогичному поводу было принято решение, что «искусственное осеменение противно законам природы» ¹⁶². Нельзя не обратить внимание и на следующее обстоятельство. В 1884 году во Франции принимается закон о разводе, что становится серьезным социальным основанием не только для продолжения дебатов об искусственном оплодотворении, но и социальным «мотивом» продолжения научных разработок этого направления. Показательно, что в 1925 году доктор А. А. Шорохова в своем докладе на VI съезде Всесоюзного общества гинекологов и акушеров в Ташкенте рассматривает искусственное оплодотворение не только как метод преодоления бесплодия (который в случае искусственного осеменения спермой донора или мужа (ИОСДиМ) связан, как правило, с мужским бесплодием), но как «нежелание женщин сходить с мужчиной» или как «право иметь ребенка не половым путем» ¹⁶³. Есть все основания предположить, что все 88 женщин, которым проводила операции доктор А. А. Шорохова, пытались отстоять это «право». Возвращаясь к истории экстракорпорального оплодотворения, отметим, что идея И. И. Иванова о жизнеспособности семени вне организма стала основанием новой технологии искусственного оплодотворения. В 1912 году доктор Дорерлейн докладывает о работах Иванова в Мюнхенском обществе акушеров и гинекологов. Долгие годы эта идея, «питаясь» технологическими изобретениями, социальными потребностями, «гуманистическими» прожекторами, все же не выходит из режима экспериментальной

деятельности. В 1944 году было достигнуто первое успешное культивирование ооцита человека и экстракорпоральное оплодотворение (ЭО), приведшее к развитию двухклеточного эмбриона 164. В 1978 году в клинике Бон-Холл (Кембридж, Англия) медику Р. Эдвардсу и эмбриологу Н. Степту удалось имплантировать в полость матки женщины, страдающей бесплодием, эмбрион, полученный в пробирке в результате соединения яйцеклетки и сперматозоида. Через девять месяцев родился первый в мире «пробирочный» ребенок — Луиза Браун. В России исследования в этой области начинают целенаправленно производиться с 1965 года в группе раннего эмбриогенеза, которая в 1973 году перерастает в лабораторию экспериментальной эмбриологии. Первый «пробирочный» ребенок появляется в России в 1986 году в результате работы лаборатории клинической эмбриологии (рук. — проф. Б. В. Леонов) Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН. По данным на 1994 год проф. Б. В. Леонова, в лаборатории родилось более 15 000 таких детей. Количество же центров, где производятся такие операции в России, приближается к 10, в мире же их около 300. В 1990 году в мире насчитывается около 20 000 детей, зачатых «в пробирке». Причем динамика в цифрах такова, что еще в 1982 году их было всего 74. Оценка эффективности этого метода у разных специалистов, в разных странах, разная. Наши специалисты склоняются к цифре — 10-18% ¹⁶⁵.

Методика искусственного оплодотворения

Среди методов искусственного оплодотворения различают искусственное осеменение спермой донора или мужа (ИОСД и ИОСМ) и метод экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона в полость матки (ЭКО и ПЭ). Методы ИОСД и ИОСМ применяются в основном в случаях мужского бесплодия, мужской импотенции, при несовместимости мужа и жены по резус-фактору и некоторых других случаях. ИОСД и ИОСМ — более разработанные и известные методики. В отличие от ИИОСД и ИОСМ, методика ЭКО и ПЭ технически достаточно сложна и состоит из следующих четырех этапов: 1. Стимулирование созревания яйцеклеток. Оно обеспечивается различными гормональными препаратами. По мере роста яйцеклеток производится анализ крови для определения гормональной реакции развивающегося фолликула и ультразвуковой контроль за ростом фолликулов в яичниках. 2. Изъятие ооцитов (яйцеклеток). Эта операция осуществляется либо с помощью лапароскопического метода, либо с помощью аспирационной иглы под ультразвуковым контролем. Лапароскопия проводится с наркозом, путем разреза ниже пупка. Введение аспирационной иглы (через свод влагалища или стенку мочевого пузыря) не требует хирургического вмешательства и

осуществляется под местной анестезией. 3. Оплодотворение яйцеклеток в культуре. Изъятые яйцеклетки помещают в специальную жидкую среду, куда затем добавляют сперматозоиды. Время первого обследования половых клеток — через 18 часов после введения сперматозоидов. 4. Введение эмбриона в матку. Через 1-3 дня через катетер эмбрион доставляют в полость матки. Неудачная попытка воспроизводится через 3-4 месяца до 4 раз. Далее целесообразность пользования методом ЭКО и ПЭ для данного случая ставится под сомнение. За простотой этого схематичного описания методики ЭКО и ПЭ как достижения «цели» — желанной беременности стоит и конкретная «цена». И дело не только в рублевой стоимости процедуры, хотя она достаточно велика (1 млн. рублей — начало 1995 года). В понятие «цены» входит здоровье, и даже жизнь женщины. Показательно в этом плане, что в одном из центров по лечению бесплодия перед началом процедуры женщина и ее супруг в обязательном порядке должны оформить заявление, которое начинается так: «Мы предупреждены о том, что оперативное вмешательство, применяемое для такого лечения, может сопровождаться осложнениями». Под осложнениями имеется в виду, прежде всего риск многоплодной беременности, который в 20 раз превышает ее возникновение в норме. В понятие осложнений многоплодной беременности входит: угроза преждевременных родов, смертность женщин и детей, малая масса детей (в 10 раз чаще, чем в популяции) ¹⁶⁶ и т. д. Очевидно, что осознаваемая степень риска вынуждает организаторов центров искусственного оплодотворения вносить в документ и такие пункты: «Заявляем, что мы не будем возбуждать уголовное дело против сотрудников Центра, не предпримем каких-либо действий, судебных преследований, исков или счетов, связанных с проводимым лечением... Нам известно, что в связи с трудностями процедуры может потребоваться не одна попытка для достижения беременности, а также, что лечение бесплодия может оказаться безрезультатным... Мы предупреждены о том, что... дети, рожденные в результате ЭКО... могут иметь отклонения в развитии». К этому выводу, несмотря на ряд обнадеживающих результатов, приходит и В. Бахтиарова: «Каждый из методов ИО увеличивает риск перинатальной патологии и тяжелую неврологическую инвалидность с детства» ¹⁶⁷. В нравственное наполнение понятия «цены» входит и судьба человеческих эмбрионов — запасных, лишних, оставшихся невостребованными. Это — либо уничтожение, либо «служение науке», что впрочем, одно и то же. «Особый фундаментальный интерес» к человеческим эмбрионам и возможность его «фундаментальных» последствий для культуры определило самоограничивающее решение международной общественности: срок проведения фундаментальных исследований с эмбрионом — до 14 дней ¹⁶⁸. Сама по себе эта цифра, очевидно, относительная. Но факт этического самоограничения биомедицинской науки —

налицо. Есть основание рассматривать это пока еще скромное продвижение науки к принятию во внимание нравственных аспектов проводимых ею экспериментов началом обнадеживающей тенденции формирования позитивной практики этического самоограничения исследовательской деятельности ученых и специалистов. Либеральная позиция и законы Определяющим мировоззренческим контекстом «новых технологий зачатия» является либеральная идеология с ее высшими ценностями «прав и свобод» человека и материалистическим основанием. Основным принцип либеральной позиции по отношению к искусственному оплодотворению — это «право каждой женщины иметь ребенка». Или, как констатировала доктор А. А. Шорохова в 1925 году: «Материнское счастье есть неотъемлемое право всякой женщины»¹⁶⁹. Основанием этого права в рамках либеральной идеологии является естественно-биологическая функция деторождения. Определенным образом на методику искусственного оплодотворения работает и материалистический мировоззренческий принцип понимания человека не как «образа и подобия Божия», а как образа и подобия обезьяны. Под знаком именно этого принципа в 20-е годы в России, по инициативе И. Иванова, уже упоминавшегося профессора экспериментальной зоотехники, и с санкции Совнаркома СССР начали проводиться практические опыты получения «новогибридного человека» путем скрещивания людей с антропоморфными обезьянами. Перенос положительного опыта из зоотехники и ветеринарии на «человеческую модель» — факт эмпирической науки. Доктор А. А. Шорохова писала: «Женщина не исключение из общего для всего животного мира правила относительно возможности зачатия от искусственного оплодотворения»¹⁷⁰. В свою очередь экспериментальные поиски оптимальной «культурной среды» для искусственного оплодотворения яиц человека привели Р. Эдвардса к выводу: «Совершенно очевидно, что для оплодотворения яиц человека требуются условия, сходные с теми, которые необходимы для яиц хомячка»¹⁷¹. Сведение ряда эмпирических фактов разных уровней организации жизни к общим закономерностям — безусловно, достижение эмпирической науки. Но для человеческой культуры имеет значение не только познание или констатация какого-либо факта или общего закона конкретной наукой. Вл. Соловьев справедливо полагал, что «такая наука не может иметь прямого отношения ни к каким живым вопросам, ни к каким высшим целям человеческой действительности, и притязание давать для жизни идеальное содержание было бы со стороны такой науки только забавным»¹⁷². Примером такого рода «притязаний» является вопрос доктора А. А. Шороховой: «Есть ли основания отказывать в искусственном оплодотворении женщинам, желающим иметь ребенка не половым путем?»¹⁷³. Естественно, что, находясь в рамках ориентаций эмпирической науки — нет оснований.

Таким образом, был открыт переход с одного — более конкретного и низшего уровня рассмотрения жизни, на другой — социальный и нравственный. Первое положение статьи 35 «Искусственное оплодотворение и имплантация эмбриона» и «Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (1993) гласит: «Каждая совершеннолетняя женщина детородного возраста имеет право на искусственное оплодотворение и имплантацию эмбриона» ¹⁷⁴. За этой «каждостью» и этим ничем не ограниченным (даже медицинскими показаниями, не говоря уже о морально-этических) «имеет право» стоит ряд возможных непредсказуемых изменений социальных и половых ролей в человеческих отношениях. О чем идет речь? Во-первых, о косвенной поддержке инвертированных лиц (гомосексуализм мужской и женский). Во-вторых, о весьма проблематичной в нравственном отношении перспективе воспитания детей в неполных семьях. В-третьих, о возможных деформациях института семьи в сторону увеличения неполных семей и реальном росте числа детей, рожденных вне брака. В-четвертых, о неизбежных изменениях нравственного сознания, которые будут связаны с обесцениванием таких ценностей, как «любовь», «братство», «альтруизм», «милосердие» и других, близких с ними понятий, корнящихся в биофизиологической «плоти» человеческих взаимоотношений. О. Хаксли в своем романе-антиутопии «О дивный новый мир» разворачивает до логического предела возможности и последствия искусственного оплодотворения, ставшего законодательной нормой «Мирового Государства». Семья, материнство, единобрачие здесь запрещены и рассматриваются как источник сильных и нежелательных эмоциональных переживаний, душевной боли и, в результате, всевозможных болезней. Место «любви» в иерархии ценностей данного общества занимает понятие «взаимопользование», фиксирующее презрение к достоинству человека и отрицание личной свободы ¹⁷⁵. Сто лет разделяют юридический запрет на искусственное оплодотворение (1883, Франция) до его законодательного признания, в частности, в России. Шестьдесят лет разделяют утопическую ценность «взаимопользование» (1932 г. — выход в свет романа О. Хаксли) до взаимовыгодного рынка половых клеток, донорства, заказных родов. Новый вид международного бизнеса — «зачаточного» или «репродуктивного» — получает широкое распространение в Европе. Реклама фирм, занимающихся подобной практикой, например, «Польско-Нидерландского контактного бюро» с указанием цены за суррогатное материнство — 22,5 тыс. долларов, становится типичной и для российской прессы ¹⁷⁶. Сколько лет понадобится для полного выхода «терапии бесплодия» на уровень социально-нравственного принципа «асексуального размножения» или «техногенного» деторождения? Консервативная позиция Вл. Соловьев, предвидя практически 100 лет назад технологическую экспансию («абсолютизм

эмпирической науки»), полагал: «Избежать этого можно, только признавая выше человека и внешней природы другой, безусловный, божественный мир, бесконечно более действительный, богатый, живой, нежели этот мир призрачных поверхностных явлений, и такое признание тем естественнее, что сам человек по своему вечному началу принадлежит к тому высшему миру, и смутное воспоминание о нем так или иначе сохраняется у всякого, кто еще не совсем утратил человеческое достоинство» ¹⁷⁷. В настоящее время российская общественность располагает конкретной оценкой искусственного оплодотворения с христианской, православной точки зрения. Эта оценка формируется в границах основополагающих постулатов христианства. Один из них — таинство брака, через которое «дается объективное божественное основание для благодатной жизни» ¹⁷⁸. Через таинство брака мужчина и женщина становятся «уже не двое, но одна плоть» (Мф., 19, 6). И это — тайна, «тайна сия велика» (Еф., 5, 32). Освящение союза мужчины и женщины описано в первой книге пророка Моисея «Бытие»: «И благословил их Бог и сказал им Бог: плодитесь и размножайтесь» (Быт., 1, 28). Благословение деторождения так описывается пророками. «Ибо Ты устроил внутренности мои и соткал меня во чреве матери моей»; «Не сокрыты были от Тебя кости мои, когда я созидаем был в тайне, образуем был во глубине утробы» (Пс., 138, 13, 15). «Зародыш мой видели очи Твои; в Твоей книге записаны все дни, для меня назначенные, когда ни одного из них еще не было» (Пс., 138, 16). При описании таинства создания человека пророками используются физиологические понятия и образы. В то же время они свидетельствуют о событии всегда большем и более значимом, чем его физиологическая канва. Так, в Книге Иова мы читаем: «Твои руки трудились надо мною и образовали всего меня кругом... Вспомни, что Ты, как глину, обделал меня... Не Ты ли вылил меня, как молоко, и, как творог, сгустил меня, кожей и плотию одел меня, костями и жилами скрепил меня, Жизнь и милость даровал мне, и попечение Твое хранило дух мой?» (Иов, 10, 8_12). Это «большее» раскрывается в восклицании Евы при рождении первенца: «Приобрела я человека от Господа» (Быт., 4, 1). Эти слова свидетельствуют об истинном основании тварных существ, об их «обожении действием Божественных энергий». Это выражение В. Н. Лосский использует для описания присутствия Святого Духа в мире и приводит свидетельство св. Максима Исповедника: «Святой Дух присутствует во всех людях без исключения как хранитель всех вещей и оживотворитель естественных зарождений, но Он в особенности присутствует во всех тех, кто имеет Закон, указывая на преступление заповедей и свидетельствуя о Лице Христа... Ибо все не исполняющие волю Божию имеют сердце неразумное» ¹⁷⁹. Эти христианские «слова», суждения и свидетельства глубоко символичны. А. Ф. Лосев полагает, что религиозная символика,

являясь теоретической конструкцией, в основе своей не теоретична «ни в научном, ни в философском, ни в художественном смысле слова», но есть всегда «соответствующее устройство человеческой жизни на всех бесконечных путях ее развития» ¹⁸⁰. Именно «поэтому пути к деторождению, не согласные с замыслом Творца жизни, Церковь не может считать нравственно оправданными. Если муж или жена неспособны к зачатию ребенка, а терапевтические и хирургические методы лечения бесплодия не помогают супругам, им следует со смирением принять свое бесчадие как особое жизненное призвание» ¹⁸¹. В 1999 году было принято Заявление Церковно-общественного Совета по биомедицинской этике «О нравственных проблемах, связанных с развитием новых репродуктивных технологий»: «Современная медицинская наука располагает новыми средствами технологического вмешательства в процесс зарождения человеческой жизни, получившими название «новых (вспомогательных) репродуктивных технологий». Применение этих методов позволяет преодолеть недуг бесплодия и в то же время представляет собой угрозу для физического здоровья и духовной целостности человека, для сохранения нравственных устоев общества. Широкое развитие получила практика анонимного «донорства» половых клеток, освобождая матерей и отцов от всяких обязательств по отношению к детям, которые являются «плотью от плоти» их. Распространяется предоставление услуг «вынашивающей (суррогатной) матери», которая по условиям контракта обязана расстаться с рожденным ею младенцем немедленно после его появления на свет. Новые методики предполагают уничтожение «избыточных» или «бесперспективных» человеческих эмбрионов, либо их криоконсервацию с последующим применением в исследовательских, медицинских или коммерческих целях. Использование новых технологий порождает соблазн рассматривать формирующуюся жизнь как продукт, который можно выбирать согласно собственным склонностям и которым можно распоряжаться наравне с любыми другими продуктами человеческой деятельности. Человеческая жизнь становится предметом купли-продажи. Почитая своим долгом отстаивать нравственные ценности христианства, мы считаем необходимым заявить следующее:

1. Рождение детей — одна из основных, но не единственная цель брачных отношений, основанных на пожизненной и всецелой верности мужчины и женщины, соединенных благословенным от Бога союзом любви. Испрашивая супругам в молитвах брачного венчания дар целомудрия и «плод чрева на пользу», Православная Церковь не может считать нравственно оправданными любые пути к деторождению, если они связаны с нарушением достоинства богоподобной человеческой личности, а также целостности

супружеских отношений, которая несовместима с вторжением в них третьей стороны. По мнению ряда православных ученых и богословов, может считаться допустимой искусственная инсеминация половыми клетками мужа, как ненарушающая целостность брачного союза. При этом основой этого союза остается долг любящих супругов — принять друг друга и с теми недугами, какие у них есть.

2. Донорство половых клеток размывает семейные взаимоотношения, поскольку предполагает наличие у ребенка «генетических» родителей, которым противопоставляются родители «социальные». В отличие от благородного по своим мотивам усыновления (удочерения) детей, уже лишившихся «генетических родителей», когда приемные родители восполняют недостаток любви и родительского попечения о них, такая практика, напротив, поощряет анонимное отцовство или материнство, заведомо освобожденное от всяких обязательств по отношению к своим «генетическим» детям. Следует помнить и о том, что анонимность донорства открывает возможность для непреднамеренного инцеста.

3. «Суррогатное материнство» — вынашивание оплодотворенной яйцеклетки женщиной, которая после родов возвращает ребенка «генетическим родителям», даже в тех случаях, когда оно осуществляется на не коммерческой основе, противоестественно и морально недопустимо. Травмируя как вынашивающую мать, так и дитя, этот метод пренебрегает той глубокой эмоциональной и духовной близостью, которая устанавливается между матерью и младенцем во время беременности, и провоцирует кризис идентичности у ребенка (которая мать — настоящая?)

4. С православной точки зрения все разновидности экстракорпорального оплодотворения, включающие заготовление, консервацию и намеренное разрушение «избыточных эмбрионов», предоставляются нравственно недопустимыми на основании признания человеческого эмбриона носителем человеческого достоинства. Сегодня большинство ученых и богословов согласны в том, что формирование человеческого эмбриона является началом человеческой жизни и связано с фундаментальным правом человеческой личности не быть «биологическим объектом» для разного рода экспериментов.

5. Безнравственным является и лишение жизни зачатого человеческого существа по причине нежелательного для родителей пола или наличия врожденного недуга.

6. Реализация «репродуктивных прав» одиноких женщин с использованием донорской спермы нарушает право будущего ребенка иметь отца. Использование репродуктивных технологий для обеспечения тех же «репродуктивных прав» лиц с «нестандартной сексуальной ориентацией» неизбежно способствует разрушению традиционных форм семейных отношений.

7. Нельзя забывать и о том, что применение репродуктивных технологий связано с угрозой развития онкологических заболеваний у женщин (в результате гормональной гиперстимуляции овуляции) и с частыми нарушениями здоровья у зачатых таким образом детей. Испытывая глубокую тревогу в связи с обозначившимися тенденциями, мы считаем своим долгом свидетельствовать об опасностях, ожидающих общество в результате искажения общепринятых нравственных норм, которые лежат в основе его жизни. Не будучи противниками развития науки и применения ее достижений для блага людей, мы напоминаем о необходимости трезво и ответственно учитывать этические последствия внедрения новых технологий».

Позиция Римско-Католической Церкви выражена в официальных документах, в информационных бюллетенях папской курии, речах и обращениях папы Пия XII, документах Второго Ватиканского Собора и т. п. Методы искусственного оплодотворения католическая церковь осуждает, исходя из традиционного для моральной теологии понятия естественного закона.

Устойчивая консервативность христианской позиции противостоит подвижной изменчивости либерализма. В либеральной идеологии, как правило, «естественные основания – в нашем случае естественно-биологическая функция деторождения – превращаются в социально нравственные ценности и правовые нормы (так называемые «репродуктивные права», «право каждой женщины иметь ребенка»). Но осуществление этих «прав» в рамках либерализма – это путь борьбы со своим собственным «естественным основанием», путь «побед над природой», т.е. противоестественный путь «освобождения человека» от его собственных природных свойств, и в итоге от самого себя. «Это могло случиться только в силу способности (человека - И.С.) самоопределяться изнутри...дающей человеку возможность действовать и хотеть не только сообразно его естественным склонностям, но также вопреки своей природе, которую он может извратить, сделать «противоестественной». Падение человеческой природы является непосредственным следствием свободного самоопределения человека»¹⁸². Но «свободное самоопределение человека» — позиция, более близкая скорее XVIII-XIX векам, нежели

XXI веку, которому предшествовал XX, с его атомными экспериментами и катастрофами, социально-политическими драмами, нигилистическим опытом и экологическим прозрением.

4.3. Этические проблемы генных технологий

Постановка проблемы

Исследование и открытия в области генетики человека, происходящие сегодня, носят практически революционный характер. Речь идет о возможности создания «карты генома человека», или «патологической анатомии генома человека», с установлением на длинной спирали ДНК местонахождения генов, ответственных за наследственные болезни. Эти возможности лежат в основании идеи генной терапии как совокупности методов лечения или протезирования дефектных генов. Вторжение в строение и функционирование генетических систем человека может быть осуществлено на двух уровнях — соматическом и эмбриональном. В связи с этим возникли новые разделы медицины — ДНК-технологии, эмбрио- и цитотерапия, т.е. внутриутробная диагностика и лечение на стадиях эмбриона или плода. Манипуляции с эмбриональным материалом имеют непосредственное воздействие на наследственность, т. е. способны передаваться по наследству из поколения в поколение. Далее генетическая диагностика перерастает в генетическую прогностику, определяя основания революционных изменений в медицине, которая получает возможность задолго до появления «клинической картины болезни» человека, даже до его рождения, определить, какие заболевания ему грозят. Данная ситуация фиксируется понятием «прогностическая медицина». Формирование прогностической медицины связано с появлением новых, в частности медико-биологических, рычагов управления и власти над человеческой жизнью и, следовательно, с новым набором средств ограничения человеческой свободы. Но биологическое ограничение свободы — это наиболее эффективное ее ограничение, связанное с возможностью ее необратимой утраты. Этим определяется острота этической рефлексии современных биогенетических исследований. В первой половине XX века происходило интенсивное развитие ядерной физики. Ее опасность была полностью осознана только после создания и использования (Япония, 1945) атомной и водородной бомб, катастроф на ядерных электростанциях (Чернобыль, 1986). Сегодня исследователи генома человека говорят о блестящих перспективах генной диагностики и терапии. Тем не менее, не имея опыта отрицательных последствий, они все же признают степень риска своей деятельности. Профессор Жан Доссе, лауреат Нобелевской премии по физиологии и

медицине (1980) констатирует: «В области генетики человека неразумное использование новых технологий может привести к катастрофическим последствиям» ¹⁸³. Почему возникает это предощущение катастрофы? С чем связано это предчувствие? По-видимому, это предчувствие определяется тем полем смысловой энергетики, коим для западной культуры было и остается библейское миропонимание. Во второй главе «Книги Бытия» описываются два древа — древо познания добра и зла и древо жизни. Что произошло с человеком, когда он, нарушив запрет, вкусил плодов с древа познания добра и зла, мы знаем — началась человеческая история. Что может произойти с человечеством, если мы прикоснемся к плодам с древа жизни? Этот вопрос задается в пределах библейского символизма, но он силен глубинными онтологическими смыслами, на которые нельзя не обратить внимание даже человеку, далекому от религиозного понимания мира. С ними, собственно, и связан слой скрытых социальных ожиданий, в данном случае катастрофических. Библейский символизм высвечивает нечто еще очень смутное для современного сознания, но в то же время несет с собой весьма важное значение для жизни как личной, так и общественно-политической, и даже исторической ¹⁸⁴. Знаменитый католический кардинал Йозеф Ратцингер в одной из своих работ указывает, что уже в XIII веке в кабалистических иудейских текстах обсуждалась возможность создания искусственного человека по заданным выбранным параметрам. В сложном сплетении идей и символов за этой возможностью стоит реальность космической по своим масштабам власти над человеком. «Этой властью устраняется Бог» ¹⁸⁵. В конце XIX века в философии Ф. Ницше четко обозначится принципиальная связь между идеей сверхчеловека и ситуацией «смерти Бога», символизирующей коренную ломку оснований традиционной культуры. В трагедии Гете «Фауст» при создании доктором Вагнером гомункула — искусственного человека — присутствует Мефистофель. В одном из своих писем Эккерману (1829) Гете говорит о существовании родства между Мефистофелем и гомункулом ¹⁸⁶. Это родство опять же фиксирует негативное восприятие факта появления существа, созданного по воле человека. Особое место в этой связи занимает роман О. Хаксли «О этот дивный новый мир», где прямо описываются «плоды» создания людей по заданным параметрам. Генетические манипуляции с эмбрионами позволили «перейти из сферы простого, рабского подражания природе в куда более увлекательный мир человеческой изобретательности, где «мы (власть имущие — И. С.) предопределяем и приспособляем, формируем» подготовленность к жизни людей в заданных «нами» кастах и одновременно «прививаем любовь к их неизбежной, выбранной нами социальной судьбе» ¹⁸⁷. Вряд ли можно говорить о пустоте, безнадежной устарелости и тупиковой фантастичности этих историко-культурных свидетельств, особенно находясь в реальности

«взрывоподобного прогресса в области генетики человека. Фантастика 30-х годов оборачивается, например, такой реальностью 90-х, как существование в Калифорнии (США) Репозитория гармонического выбора, где собирают и хранят сперму, в том числе и лауреатов Нобелевской премии, с целью ее использования для получения потомства, обладающего выдающимися способностями» ¹⁸⁸. В конце XX века ученые-генетики, философы, политики, социологи встают перед необходимостью решения целого комплекса реальных этических проблем генных технологий. Может ли человек (ученый, исследователь-генетик, политик) стать соавтором биологической эволюции? Может ли и должна ли реальность биогенетического неравенства (способности, здоровье) стать основанием социального неравенства? Может ли наука изменить принципы демократического управления обществом? Может ли государство и общество регулировать процесс научных исследований, и если «да», то «как»? Должно ли генетическое обследование стать доступным каждому и охватывать всю популяцию? Должно ли генетическое тестирование стать обязательным? Должно ли оно стать обязательным для людей, вступающих в брак, или при беременности? Можно ли рассматривать генетическую диагностику основанием для аборта (прерывания беременности)? Этично ли сообщать человеку об имеющейся у него предрасположенности к тому или иному заболеванию? Особенно, если медицина не может еще предотвратить его развитие? Допустимо ли, чтобы данные генетического обследования («генный паспорт») были использованы страховыми компаниями и работодателями? Этично ли создание «запасных частей» для рынка органов, тканей, генов, используя внутриутробные зародыши? Допустимы ли подобные процедуры с эмбриональным материалом вообще? Может ли геном стать критерием оценки личности? Как гарантировать и обеспечить конфиденциальность материалов генетического тестирования?

Должна ли информация о результатах генетического обследования быть доведена до всех членов семьи? Должны ли люди знать свое генетическое будущее? Вправе ли они выбирать — знать или не знать? Можно ли информировать их об этом в принудительном порядке? Может ли генетическое тестирование населения стать основанием классификации групп населения и основанием для властей ограничения свобод «неблагополучных» людей? Ограничится ли наука расшифровкой патологических генов или пойдет дальше, к поиску генов, ответственных за поведение человека? Можно ли улучшить или «гармонизировать» человека и род человеческий путем избирательного скрещивания определенных индивидуумов? Эти вопросы составляют суть этической

проблематики генных технологий. Они тесно связаны между собой, и каждый из них является не произвольной конструкцией изобретательного человеческого ума, но естественным следствием уже существующей научной практики.

История генетических методов и технологий

История генетических методов и технологий непосредственно связана со стремлением человека к улучшению пород домашних животных и возделываемых растений. Отбирая определенные организмы из природных популяций, скрещивая их между собой, человек, не имея представления о механизмах этих процессов, уже сотни лет назад создавал улучшенные сорта растений и породы животных, обладавших нужными ему свойствами. К началу научного подхода относится интерес австрийского монаха Грегора Менделя к процессу гибридизации растений, к изучению которого он приступает летом 1865 года. Мендель показал, что наследственные свойства не смешиваются, а передаются потомству в виде отдельных единиц. В 1909 году датский ботаник В. Иогансен назовет их генами (от греч. *genos* — род, происхождение). Позднее американец У. Сэттон заметил удивительное сходство между поведением хромосом во время образования гамет и оплодотворения и передачей менделевских наследственных факторов. На основании этих открытий создается хромосомная теория наследственности. Начало XX века — время формирования генетики, науки о наследственности и изменчивости живых организмов и методах управления ими. В 20-х годах советскими учеными школы А. С. Серебровского были проведены первые эксперименты, доказавшие сложное строение гена. Эти представления были использованы Дж. Уотсоном и Ф. Криком для создания модели ДНК (1953) и расшифровки генетического кода. Возможности, связанные с целенаправленным созданием новых комбинаций генетического материала, привели к возникновению генной инженерии. В 1972 году в США в лаборатории П. Берга была получена первая гибридная (рекомбинантная) ДНК. Идеи и методы генетики начинают находить применение в области медицины. В 70-е годы началась расшифровка генома человека. Уже более 10 лет существует проект «Геном человека». На сегодняшний день «из 3 млрд. пар нуклеотидов (в виде сплошных непрерывных пассажей) прочтено пока всего около 10 млн. знаков» ¹⁸⁹. Но возникают новые методы прочтения ДНК-текстов, которые увеличивают скорость их прочтения. В. И. Иванов, директор Медико-генетического Центра РАМН, полагает, что «весь геном будет прочитан примерно к 2020 году» ¹⁹⁰. «Чтение» генома обнаружило наличие «дефектов», когда всего лишь одна «буква» заменена на другую в последовательности длиной в 3 тысячи букв (средняя длина структурных кодирующих генов у человека).

Сейчас уже известно, что каждый конкретный дефект — это причина наследственных болезней. Это знание и произвело переворот в лабораторной диагностике генетических заболеваний. Отсюда с начала 80-х годов входят в оборот понятия «доклиническая диагностика», «прогностическая медицина» (Ж. Доссе). Формируется и медицинская генетика, ибо новые возможности диагностирования, естественно, определяют задачу нахождения специальных методов лечения. Возможность диагностировать и выявлять носителя гена-мутанта становится основанием генетических консультаций для супружеских пар, которым наследственность или другие факторы дают повод опасаться появления на свет неполноценного ребенка. По данным западно-европейских и американских врачебных ассоциаций, 15% людей нуждается в медико-генетической помощи. И в странах с высоким уровнем жизни генетические клинические обследования становятся частью современного здравоохранения. В России же доступ к медико-генетической помощи для широких слоев населения ограничен в силу организационных и материальных причин. Какими же вариантами поведения располагают обследуемые супружеские пары в случае неблагоприятной диагностики? Это — предохранение от беременности, сознательное согласие на риск с возможным прерыванием беременности, если зародыш наследует недуг, усыновление ребенка, оплодотворение донорскими клетками. Известно, что в Великобритании, например, в тех случаях, когда плод неполноценен, нет ограничений в сроках для прерывания беременности. Появление генетической диагностики, естественно, ставит вопрос о разработке операций по перестройке генома человека. Так, возникла идея генной терапии. Сегодня существуют два ее вида. Первый — соматическая терапия. Она заключается в том, что в клетке больного дефектный ген заменяется здоровым, способным выполнять нужную функцию. Первая попытка использовать генную терапию для лечения человека, приведшая к положительному результату, была предпринята в 1990 году. Пациенткой стала девочка с нарушением защитных функций иммунной системы. Исследователи полагают, что манипулирование соматическими клетками — «абсолютно этично», ибо последствия касаются только данного индивида, не имея воздействия на наследственность. Эта констатация вызывает сомнение в связи с развитием такого вида клеточной терапии, как фетальная, использующая при лечении зародышевые ткани человека. Фетальный материал — это человеческие эмбрионы поздних сроков беременности (16-21 недели). По данным директора Международного института биологической медицины проф. Сухих Г. Т., в его институте «собран самый крупный в мире банк фетальных тканей»¹⁹¹. Этот самый крупный в мире сбор — результат опережающего все мировые показатели количества аборт, в том числе и поздних сроков беременности, производимых в России.

Новые «возможности» и методики новы прежде всего тем, что работают вне границ традиционной морали и этики. Это подтверждает и второй вид генной терапии — зародышевая терапия, предполагающая вторжение в генетический материал — в мужские и женские репродуктивные клетки. В этом случае любые изменения передаются по наследству из поколения в поколение. Поэтому, по данным ЮНЕСКО 1994 года, зародышевая терапия строго (пока) запрещена.

Либеральная позиция

В своей книге «Мастерская человеческого тела» Э. Кимбрелл пишет: «Многие эксперты считают, что нынешнее негативное отношение к использованию зародышей для медицинских целей может вскоре измениться» ¹⁹². Одним из оснований этого изменения является нарастающее влияние и действительная популярность либеральной идеологии. Этого нельзя не учитывать, так как весьма недальновидно оценивать ту или иную технологию в отрыве от социального контекста. Технологии появляются в определенной «интеллектуальной среде» и способны сами в дальнейшем ее формировать. Либеральная идеология, оценивая ту или иную технологию через призму безусловной ценности «прав индивида» и «прав» прогресса научно-технических исследований, составляет стержень воспринимающего и «принимающего» их социального контекста. Эзра Сулейман, профессор и глава Комитета по европейским исследованиям в Пристонском университете (США), так характеризует либеральную позицию по вопросу об отношении государства к научным исследованиям. Государство «должно оставаться сторонним наблюдателем там, где дело касается научных исследований; не должно диктовать, как именно следует распространять результаты научных изысканий. Ученые, являясь владельцами плодов своей деятельности, сами знают, какие результаты следует делать достоянием широкой общественности; не должно вмешиваться в определение направлений научных поисков или осуществлять контроль за применением научных открытий; вмешиваясь в дела науки, государство способно превратить ее из объективного поиска знаний в инструмент государственной идеологии» ¹⁹³. Эта позиция многими может быть оценена как крайняя. Однако действительную крайность она приобретает не при условии контроля государства за безопасностью биогенетических исследований, а при проникновении сциентизма в государственную идеологию. В качестве примера крайней позиции могут быть рассмотрены идеи С. Е. Моткова, высказанные им в научно-публицистическом журнале «Советская евгеника». Автор полагает, что загрязнение внешней среды и резкое ослабление естественного отбора в результате улучшения медицинского обслуживания населения и повышения уровня жизни приводят к росту генетического груза, что ведет к

биологической деградации населения в геометрической прогрессии. При этом он ссылается на предположение академика Н. П. Дубинина о том, что проблема генетического груза к 2000 году по своей актуальности сравняется с проблемой охраны окружающей среды, так как биологической (генотипической) деградации в СССР сопутствовала моральная (фенотипическая) деградация — расслабление воли и развитие порочных склонностей (алкоголизм, наркотики, разводы, самоубийства, преступность). С точки зрения С. Е. Моткова, одной из мер выхода из кризисной ситуации является прочное закрепление идеи искусственного отбора в государственной идеологии и политике. Государство должно начать проведение «евгенического эксперимента» сначала в небольшом городе, «постепенно расширяя территорию, охватываемую евгеническими мероприятиями». Что же включают в себя «евгенические мероприятия»? Это — отбор граждан на основе психологического тестирования, медицинского обследования, сведений об успеваемости (школа, вуз) и т. п.; искусственное осеменение на основе отобранной спермы (ведущий показатель доноров спермы — коэффициент интеллектуальности (КИ)) и т. п. Цель подобных мероприятий — повышение «умственных способностей населения» ¹⁹⁴. Профессор А. П. Акифьев, заведующий лабораторией механизмов мутагенеза Института химической физики им. Н. Н. Семенова РАН, хотя и не разделяет ценностных ориентаций С. Е. Моткова, стремящегося к созданию искусственной популяции строителей социализма, тем не менее, призывает руководителей государства — «и теоретиков и практиков, которые заняты реформированием общества» — учитывать «двойственную биосоциальную природу человека» ¹⁹⁵. «Все, что мы сейчас наблюдаем: падение дисциплины и нравственности, лень, крайне низкая производительность труда и качества продукции (99% ее неконкурентно способности на мировом рынке), стремление все сделать нечестным путем и ощущение радости и гордости за совершенный обман или мелкую кражу, невероятное по масштабам пьянство, жестокость (пример тому дедовщина в армии), бесчисленные, порой крайне циничные, нарушения врачами их морального кодекса — клятвы Гиппократова, катастрофический (некоторые считают даже обвальный) рост преступности и т. д. — все это в совокупности, с моей точки зрения, свидетельствует не только о пороках системы, но и отражает признаки генетической деградации нации, являясь следствием господства тоталитаризма» ¹⁹⁶. В то же время, задавая вопрос, вправе ли мы сегодня отказаться от евгенических замыслов, А. П. Акифьев полагает, что «нет, особенно если учесть, что сегодня в качестве важнейшей цели евгеники следует считать создание генофонда, наиболее благоприятного для здоровья, благосостояния и процветания человечества на основе методов, достойных человека» ¹⁹⁷. Перечисленные попытки выйти

на биогенетический путь «благополучия и процветания человечества» — не первые и не последние в культуре. Известным и показательным в этом отношении фактом отечественной науки было увлечение евгеникой Н. К. Кольцова, который в 30-е годы основал Русское евгеническое общество и журнал. Его разочарование и отказ от евгеники были связаны с осознанием того факта, что, например, критерий повышения «умственных способностей населения» не защитит общество от появления «криминальных талантов», а расовые критерии не уменьшат количества генетических дефектов. Да и обладает ли человек правом на селекцию себе подобных и «проектирование» тех или иных качеств человека?

Консервативная позиция

В границах сциентистски ориентированного атеистического мировоззрения, сводящего человека к совокупности биогенетических данных, появление селекционных и евгенических проектов логически неизбежно. Н. Бердяев, характеризуя это мировоззрение, называл его «религией человекобожия». Дилемма «чело́векобо́жие — Богочеловечество» постоянно находилась в фокусе внимания русской религиозной философии. Начиная с XIII века в рамках философии «чело́векобо́жия» (просветительский материализм, философия О. Конта, Л. Фейербаха, ницшеанство, марксистско-ленинский социализм) шел процесс разделения «природного человека от духовного». Этот процесс «дал свободу творческого развития природному человеку, удалившись от внутреннего смысла жизни, оторвавшись от божественного центра жизни, от глубочайших основ самой природы человека» ¹⁹⁸. Для философии «чело́векобо́жия» высшим идеальным измерением является исключительно сам человек и все «человеческое». Но может ли «человеческое» и только «человеческое» выполнять функцию абсолюта, критерия, или высшей идеи? Ф. Достоевский полагал, что даже если рассматривать «человеческое» как некий феномен, представляющий интересы рода, то идеала все равно не получится, ибо сумма равна слагаемым, со всеми их свойствами. Но идеал, «высшая идея», является стержневым структурным элементом существования человека и общества. Подлинным идеалом, качественно отличающимся от различных человеческих мерок, является Христос. «Христос был вековечный от века идеал, к которому стремится и по закону природы должен стремиться человек» ¹⁹⁹. Богочеловеческая сущность Христа — это онтологическая возможность и заданность нравственного совершенствования человека. «Чело́векобо́жие» как попытка человека определить абсолютные критерии «лучше́сти» для самого себя из самого себя рано или поздно оборачивается разными формами субъективизма, который в лучшем случае приводит к фарсу, в худшем — к катастрофе.

Реальность современных сциентистских форм «человекобожия» порождает устойчивый социальный запрос на юридические и этические регламентации генных технологий. Документы Всемирной медицинской ассоциации «Заявление о генетическом консультировании и генной инженерии» (1987) и «Декларация о проекте «Геном человека» (1992) — это ответ на этот запрос. В «Декларации о проекте «Геном человека» фиксируется: «Определенная озабоченность возникает из-за опасения, что исследователь, занятый работой по проекту, может взять на себя роль своеобразного «бога» или попытается вмешаться в действия законов природы. Только освободив шись от предвзятости по отношению проекта «Геном человека», мы сможем правильно оценить этические проблемы, связанные с его реализацией, как это имеет место в случаях с оценкой новых методов диагностики и лечения. Другими словами, как и в последних случаях, основными критериями оценки проекта являются уважение личности человека, его автономии и принципа невмешательства в его частную жизнь, а также сравнительная оценка риска и пользы»²⁰⁰.

В этой же Декларации отдельным пунктом рассматривается «Угроза использования генетической информации в немедицинских целях и угроза евгеники» и констатируется: «Концепция евгеники основывается на предположении о том, что гены имеют решающее значение в процессе формирования человека, а потому их распределение в популяции имеет решающее значение для изменения репродуктивного поведения. Согласно этой концепции, соображения общественного блага оправдывают ограничение свободы индивида. Обладание информацией ставит проблему и ее использования. До сих пор существуют опасения по поводу существования одобренных правительствами программ «улучшения расы» и использования медицинских технологий в немедицинских целях»²⁰¹. Основная цель медицины, определяющая направление и развитие биомедицинской теории и практики — избавление человечества от страданий. Медицинская генетика помогает диагностировать и, таким образом, предупреждать множество генетических заболеваний — нарушение метаболизма (фенилкетонурия), болезней крови (талассемия, серповидноклеточная анемия или гемофилия). Предполагается, что возможно идентифицировать гены, связанные с такими заболеваниями, как сахарный диабет, шизофрения, болезнь Альцгеймера. «Развитие медико-генетических методов диагностики и лечения может способствовать предотвращению таких болезней и облегчению страданий многих людей. Однако важно помнить, что генетические нарушения нередко становятся следствием забвения нравственных начал, итогом порочного образа жизни, в результате коего страдают и потомки. Греховная поврежденность человеческой природы

побеждается духовным усилием; если же из поколения в поколение порок властвует в жизни потомства с нарастающей силой, сбываются слова Священного Писания: «Ужасен конец несправедного рода» (Прем. 3. 19). И наоборот: «Блажен муж, боящийся Господа и крепко любящий заповеди Его. Сильно будет на земле семя его; род правых благословится» (Пс. 111. 1-2). Таким образом, исследования в области генетики лишь подтверждают духовные закономерности, много веков назад открытые человечеству в слове Божиим. Привлекая внимание людей к нравственным причинам недугов, Церковь вместе с тем приветствует усилия медиков, направленные на врачевание наследственных болезней»²⁰². Например, профессор богословия о. С. Харакас полагает, что православной этике не противоречит генетический анализ еще до бракосочетания с целью выявления носителей генетических заболеваний и информирования о высокой вероятности рождения больных детей. Он полагает, что «запрет церковных правил на кровнородственные браки будет тщательнее соблюдаться с помощью генетического отбора»²⁰³. «Однако целью генетического вмешательства не должно быть искусственное «усовершенствование» человеческого рода и вторжение в Божий план о человеке. Поэтому генная терапия может осуществляться только с согласия пациента или его законных представителей и исключительно по медицинским показаниям»²⁰⁴. Также лишь на основе уважения свободы личности могут осуществляться генетическая идентификация и генетическое тестирование (создание «генетического паспорта»). Ибо «имеется реальная опасность злоупотребления генетическими сведениями, при котором они могут послужить различным формам дискриминации. Кроме того, обладание информацией о наследственной предрасположенности к тяжким заболеваниям может стать непосильным душевным грузом... Двойственный характер имеют также методы пренатальной (дородовой) диагностики, позволяющие определить наследственный недуг на ранних стадиях внутриутробного развития. Некоторые из этих методов могут представлять угрозу для жизни и целостности тестируемого эмбриона или плода. Выявление неизлечимого или трудноизлечимого генетического заболевания нередко становится побуждением к прерыванию зародившейся жизни; известны случаи, когда на родителей оказывалось соответствующее давление. Пренатальная диагностика может считаться нравственно оправданной, если она нацелена на лечение выявленных недугов на возможно ранних стадиях, а также на подготовку родителей к особому попечению о больном ребенке. Правом на жизнь, любовь и заботу обладает каждый человек, независимо от наличия у него тех или иных заболеваний. Согласно Священному Писанию, Сам Бог является «заступником немощных» (Июд. 9. 11). Апостол Павел учит «поддерживать слабых» (Деян. 20. 35; 1 Фес. 5. 14); уподобляя Церковь человеческому телу, он указывает, что

«члены... которые кажутся слабейшими, гораздо нужнее», а менее совершенные нуждаются в «большем попечении» (1 Кор. 12. 22,24). Совершенно недопустимо применение методов пренатальной диагностики с целью выбора желательного для родителей пола будущего ребенка»²⁰⁵. Тем не менее, задача медицинской генетики — забота о конкретных людях, о конкретных семьях — реализуется вне традиционного предметного поля медицины. А именно, на уровне вторжения в функционирование генетических систем человека, вмешательства в эмбриональный материал. «Генная терапия половых клеток является крайне опасной, ибо связана с изменением генома (совокупности наследственных особенностей) в ряду поколений, что может повлечь непредсказуемые последствия в виде новых мутаций и дестабилизации равновесия между человеческим сообществом и окружающей средой»²⁰⁶. Технологии вмешательства в репродуктивные функции человека, связанные с судьбами будущих поколений, не могут осуществляться без этического осмысления и законодательного регулирования. Нынешнее отсутствие в России юридических и профессиональных морально-этических регламентаций по разработке и применению генных технологий — это не признак свободы, а симптом патологического состояния общества.

Клонирование

В феврале 1997 года биомедицинская наука зафиксировала факт искусственного создания млекопитающего. Овца Долли — генетическая копия матери, полученная путем клонирования. Современная культура с понятием «клонирование» связывает технологию размножения живых организмов, в результате которой из одной клетки получают генетически идентичные особи. Новая технология логически соединяет методы искусственного оплодотворения *in vitro* и генетическое «проектирование» или моделирование наследственности. Другими словами, если с помощью искусственного оплодотворения осуществляется борьба за возможность возникновения жизни, а с помощью генетики пытаются решить вопрос о ее качестве (например, освобождение с помощью молекулярной хирургии от неизлечимых болезней), то клонирование «призвано» бороться за возможность возникновения жизни с определенными качественными параметрами. 1997 год становится принципиальной вехой на пути реализации идеи о создании существ с заданными свойствами с помощью генетических манипуляций на эмбриональном уровне. Так, создатели овцы Долли приступили к экспериментам с человеческими генами. Ген человека был имплантирован в ядро соматической клетки взрослой овцы. Результат эксперимента — овечка Полли — существо, способное давать целебное (с человеческим белком) молоко («Поиск», №

32_33, с.15). Эксперименты дают вполне конкретный ответ на поставленный выше вопрос о возможности человеческого соавторства биологической эволюции. Именно поэтому они не сглаживают, но обостряют этические проблемы. Если опыты по клонированию животных из соматических клеток взрослого организма — это осуществление мечты нескольких поколений селекционеров, то осуществлением «мечты» какого «селекционера» могут стать опыты по клонированию человека, т. е. по дублированию людей с определенным набором способностей? Слово «мечта» здесь не уместно, в данном случае речь может идти только об умысле, с полным сохранением отрицательного содержания этого слова, ведь речь идет о возможностях прагматического использования человеческих существ, включая человеческие эмбрионы.

История вопроса

По сути дела история клонирования представляет собой сумму хроник генетических исследований и опытов по искусственному оплодотворению. Одно событие относится непосредственно к клонированию и оценивается специалистами как поистине революционное. В 1952 году впервые было получено взрослое животное в результате пересадки ядра зародыша лягушки в неоплодотворенную яйцеклетку другой лягушки. Из яйцеклетки с новым, пересаженным генетическим материалом образовалась лягушка со свойствами пересаженного генетического материала. Принципиальное значение для развития технологии клонирования имело получение в лабораторных условиях недифференцированных клеток, т. е. искусственное выращивание стволовых эмбриональных клеток, которые способны давать начало разным типам клеток организма. В начале 80-х годов подобные опыты с мышами успешно были проведены американскими учеными (Эванс, Кауфман, Мартин). В 1996 году эмбриологу Я. Вильмуту — создателю овцы Долли — удалось получить в лаборатории стволовые эмбриональные клетки овцы, что явилось преодолением практически главного препятствия к клонированию. Наконец, израсходовав 236 яйцеклетки овец, из клетки молочной железы беременной овцы — А. получили «культуру» — размножающиеся «в пробирке» клетки, генетический материал которых и был пересажен в «пустую» яйцеклетку овцы — В, которая затем была введена овце — С, выполнявшей роль «суррогатной матери». 23 февраля 1997 года на свет появилось единственное в мире млекопитающее, у которого нет «отца», но есть три «матери» — донор яйцеклетки, донор генетического материала и вынашивающая «суррогатная мать».

Методика клонирования

В основе методики клонирования лежит модель размножения бактерий по типу «деление», при котором внутри клетки происходит деление генетического материала, а затем и самой клетки, что дает начало генетически идентичным клеткам, которые называют клоном. Уникальная способность сохранения генетической идентичности при данном типе размножения не могла не обращать на себя внимание генетиков и давно прельщала селекционеров. Ведь обычное скрещивание (животных- и растений-рекордсменов) «распыляло» их генетическую уникальность. Первая задача процедуры клонирования заключается в получении стволовых или недифференцированных, или первоначальных («prima» — в американской терминологии) клеток. Ведь каждая клетка взрослого организма имеет свою особую задачу, она специальна или дифференцирована. И для получения нового организма годится не любая из них, но та клетка, которая находится на первоначальной, ранней стадии дифференциации. Вторая задача — пересадка клеток: получение «культуры» первоначальных клеток, удаление ДНК из яйцеклетки, получение «пустой» яйцеклетки, ведение «первоначальной» ДНК в яйцеклетку, получение эмбриона. Третья задача — имплантация эмбриона в «суррогатную мать» — в овцу, обезьяну и т. д.

Либеральная позиция

Должен ли этот ряд экспериментов быть продолжен клонированием человека? Допустимо ли это с моральной и правовой точек зрения? Либеральная позиция склоняется к положительному ответу. Один из аргументов — запреты на научные исследования всегда имеют ограниченный временем характер, так как они шли, и будут идти. Во-вторых, если все же запретить клонирование людей, может быть одновременно следует запретить и рождение естественных близнецов? В-третьих, появление человеческих генетических копий безопасно. Не надо бояться возможности клонирования, в данном смысле тиражирования гениев преступного мира, маньяков — ведь «душа генетически не обусловлена», заявляет член-корреспондент РАН А. Монин, и именно поэтому в клонировании нет ничего аморального. («НГ-Наука», № 1, сентябрь 1997. С. 5.) В противоположность А. Монину, создатель Долли — Ян Вильмут — высказывается однозначно против клонирования людей. А в Англии сочли необходимым все же запретить такие эксперименты.

Консервативная позиция

Консервативная позиция по отношению к клонированию людей выстраивается в двух плоскостях. Во-первых, в плоскости анализа перспектив и социокультурных последствий вытеснения семейных сексуальных отношений методами искусственного размножения. В силу того, что клонирование является логическим развитием методов искусственного оплодотворения и генных технологий, критическая аргументация противников искусственного размножения людей и евгенических проектов всякого рода не только сохраняет свою силу, но и вдвойне усиливается, объединяя вышеприведенные критические аргументы. Во вторых, консерваторы опасаются не столько тиражирования гениев преступности, оставляя открытым вопрос о «генетичности души», сколько тиражирования потребительского отношения человека к человеку через создание «человеческих запасников» (будь то органы, «законсервированные» двойники и т. п.). Ясно, что использование человека как средства для реализации целей другого человека аморально. Для православного богословия, очевидно, что положение «душа генетически не обусловлена» не освобождает от проблемы воспроизводства «гениев преступности». В то же время принцип «социально-средовой» обусловленности поведения личности потерял былое влияние в связи с крахом «революционной идеологии». Так, чем же обусловлена душа? Один из определяющих факторов — это таинство брака как «объективное основание для благодатной жизни» (см. Раздел 4.2). В качестве конкретного примера консервативной позиции можно привести «Заявление о современных разработках в технологии клонирования », сделанное в 1996 году Православной Церковью в Америке. «Современное клонирование овцы от клетки взрослого животного открыло путь к клонированию любого биологического вида, включая человека. Хотя никто не может препятствовать научным поискам и экспериментам в этом направлении, возникает вопрос: должно ли Правительство США запретить или регулировать эту деятельность и предоставлять общественное финансирование? Представители Православной Церкви во всем мире остаются верными строгости понимания сакральности человеческой жизни: каждый человек создан как уникальная личность «по образу Божию». Поэтому подавляющее большинство православных этиков настаивает, что все формы евгеники, включая манипулирование с человеческим генетическим материалом вне терапевтических целей, в нравственном отношении отвратительны и угрожают человеческой жизни и благополучию. Различные технологии клонирования, использующие животных, развиваются уже более десяти лет, обещая продлить человеческую жизнь, благодаря созданию новых лекарств, белков и других полезных веществ. Такие усилия заслуживают общественную поддержку и финансирование. Однако перспективы человеческого клонирования порождают призрак «наклонной плоскости» в наиболее зловещей форме. В

«падшем» мире, где права перевешивают ответственность, использование технического клонирования человеческих клеток неизбежно приведет к злоупотреблениям: коммерциализации «первичных» ДНК, производству детей с целью получения «запасных частей», к движению в направлении создания «высшего» класса человеческих существ. Более того, в настоящее время ученые не в состоянии определить, содержит ли в себе отобранная клетка мутации или другие дефекты, которые могут привести к калечащим уродствам или задержкам в умственном развитии у клонированного ребенка. В свете этих факторов Православная Церковь в Америке настойчиво советует, чтобы правительство запретило эксперименты по производству человеческих клонов и не рассматривало проектов финансирования подобной деятельности. Мораторий на такую деятельность крайне необходим». (Православная Церковь в Америке. Пресс-релиз: март 11, 1997. Перевод автора.) В 1999 году и Русская Православная Церковь также обратила свое внимание на эту проблему. Церковно-общественный Совет по биомедицинской этике принял заявление «О морально-этической недопустимости клонирования человека»: «Глобальный кризис, охвативший мир, в значительной степени вызван игнорированием этических критериев при определении целей научных исследований и способов использования их достижений. Восстановление согласия между духовно-нравственной жизнью человека и его научно-технической деятельностью сегодня не просто желательно, но во многом предопределяет возможность дальнейшего существования человеческой цивилизации. Однако в недрах современной науки порой рождаются опасные проекты, среди которых особое место принадлежит идее клонирования человека — воспроизведения самостоятельного организма из единичной соматической (телесной) клетки, генетически тождественной донору. И с научной, и с религиозной точек зрения эта идея представляется абсолютно неприемлемой. Ее практическая реализация разрушит естественные основы социальных отношений, вызовет катастрофическое изменение мировоззренческих установок в сторону дальнейшего обесценивания жизни каждого отдельного человека, который перестанет восприниматься как уникальное творение Божие. Следует особо подчеркнуть, что достижение негласно подразумеваемой цели личного физического бессмертия через клонирование принципиально невозможно, поскольку духовная составляющая человека, формирующаяся на протяжении всей его жизни и являющаяся ядром человеческой личности, при клонировании воспроизведена быть не может. Клонирование человека — аморальный, безумный акт, ведущий к разрушению человеческой личности, бросающий вызов Создателю, бунт против Бога, что не может не обернуться трагическими последствиями: — существует опасность формирования околonaучных полукриминальных исследовательских групп, стремящихся

к незаконному личному обогащению через обещание «чуда» клонирования; — клонирование создаст угрозу человеческому достоинству, уникальности и личной неприкосновенности, делая наследственность человека беззащитной перед посторонним вмешательством; — широкомасштабное клонирование будет означать вторжение в наследственное разнообразие человеческой популяции — естественную основу ее социального и биологического благополучия, включая устойчивость к неблагоприятным внешним воздействиям и различным заболеваниям, в конечном счете, возможно вырождение и деградация человечества; — тиражирование определенных генотипов может быть использовано злонамеренными людьми для реализации криминальных и/или милитаристских планов, отрицательные последствия которых окажутся соизмеримыми или даже превзойдут последствия геноцида целых народов, осуществлявшегося гитлеровским фашизмом. Что же касается клонирования изолированных клеток и тканей живых организмов, равно как и использования целого ряда современных молекулярно-генетических методов, то против этих технологий не может быть возражений, поскольку они не нарушают суверенитета человеческой личности и полезны в научно-исследовательских работах, медицинской и сельскохозяйственной практике. Общественно-церковный Совет по биомедицинской этике Московского Патриархата считает свои долгом предупредить о грозящей опасности клонирования человека и обратиться ко всем, кто причастен к исследованиям в данной области, с призывом отказаться от дальнейших разработок, предпринять все меры к тому, чтобы не допустить не только законодательной легализации клонирования человека, но и воздействия на общественное сознание с целью формирования в нем представлений о морально-этической допустимости и безопасности этой процедуры. Мы обращаемся также к представителям других религиозных конфессий с просьбой поддержать нашу позицию.

Сегодня возможность сохранения человеческой цивилизации зависит от того, каким ценностям будет отдано предпочтение. От того, хватит ли моральных и нравственных сил, чтобы устоять от соблазна продления жизни небольшого числа людей, за счет сознательного уничтожения множества других, за счет превращения их в потенциальных доноров, в биомассу, в ходячие вместилища «запасных частей». Общественно-церковный Совет по биомедицинской этике считает, что единственной правовой нормой, способной оградить граждан Российской Федерации от опасности как очевидных, так и непредсказуемых отрицательных последствий клонирования человека, должна стать норма закона, устанавливающая запрет на любые исследования и разработки в этой области».

4.4. Этические проблемы сексологии и сексопатологии

Постановка проблемы

В 80-х годах XX века среди медицинских дисциплин прочное место занимают сексопатология и сексология. Их формирование было обусловлено двумя основными факторами. Во-первых, развитием медицинского знания — физиологии половых систем, психоаналитической медицины, эндокринологии и нейроэндокринологии, медицинской генетики. Во-вторых, принципиальными изменениями в морально-мировоззренческих ориентациях европейской культуры последнего столетия. Сексопатолог К.Имелинский пишет: «Длительное неприятие сексуальности человека и понимание ее как «чего-то непристойного» тормозили изучение этой сферы человеческой жизни, а также приводили к появлению многочисленных ошибочных взглядов, предрассудков и фиктивных суждений»²⁰⁷. Переход от «неприятия», «угнетения» сексуальности к ее «освобождению» — не только условие возникновения и существования сексопатологии, но и одно из ее теоретических оснований. Основной принцип современной сексологии — принцип индивидуальных различий — базируется на признании относительности «нормативных» границ сексуального поведения. Альфред Кинзи, которого называют «Колумбом сексологии», на основании огромного фактического материала, констатировал существование широчайшего диапазона индивидуальных проявлений сексуальности человека. «Вариативный размах крайних проявлений сексуальности определяется цифрой 1:45000»²⁰⁸. Это означает, что «нормальное развитие человека характеризуется, в частности, многообразием индивидуальных способов достижения сексуального наслаждения, причем пути его разнообразны не только относительно проявлений, но и относительно влияний многочисленных факторов, которые не всегда осознаются человеком»²⁰⁹. Для современной сексологии, основывающейся на «освобожденной сексуальности», характерно введение новых терапевтических методик. Среди них — использование в качестве средства лечения некоторых сексуальных расстройств «замещающих — внебрачных — партнеров». В данном случае проблема выбора между здоровьем пациента и соблюдением этических норм решается не в пользу последних. Выбранные приоритеты, безусловно, решают спор и относительно таких методик, как механоэротика, т. е. использование различных механических приспособлений для «лечения или усиления оргазма при половом акте», как мастурбационный тренинг (при лечении женской аноргазмии) и т. п. Условием «работы» подобных и других методик сексологии является преодоление традиционных этических норм и на уровне индивидуального сознания врача, и на уровне индивидуального сознания пациента, и на

уровне общественного сознания. Действительно, в рамках современной сексологии, врач, находящийся в границах традиционной нормативной модели, нередко сам становится источником ятрогенных травм; пациент с нетипичной сексуальностью и ортодоксальными моральными представлениями обречен на невротические расстройства; нетерпимость общественного мнения к отклонениям сексуального поведения, воспроизводя систему запретов, умножает страдания, связанные с сексуальностью. Сексологи приходят к выводу о необходимости формирования нового «сексуального сознания», обеспечивающего человеку «максимум наслаждения, глубокие и разнообразные переживания, обогащающие его личность» и укрепляющие его «связь» с другим человеком ²¹⁰. К. Имелинский констатирует: «В сферу интересов сексологии входят не только проблемы, связанные со здоровьем человека, но и проблемы, относящиеся к образу и смыслу его жизни» ²¹¹. Сексологи Д. Л. Буртянский, В. В. Кришталь, Г. В. Смирнов разделяют идею западных исследователей о введении в оборот понятия «сексуальное здоровье», которое наряду с другими параметрами включает в себя такие, как «свободу от страха, чувства стыда и вины, ложных представлений и других психологических факторов, подавляющих сексуальную реакцию и нарушающих сексуальные взаимоотношения» ²¹². Состояние современной сексологии свидетельствует, что вопрос о норме и патологии сексуальности человека на уровне медицинской практики непосредственно связан с морально-мировоззренческим контекстом культуры. Преодолевая его сопротивление, медицинское знание пытается изменить смысл человеческой сексуальности. Последние международные документы свидетельствуют о том, что сексология успешно продвигается в этом направлении. Так, например, еще в 1965 и 1975 годах одна из единиц психических расстройств Международной классификации болезней 8-го и 9-го Пересмотра определялась понятием «половые извращения», к которым были отнесены гомосексуализм, фетишизм, трансвестизм, эротомания и др. В этих документах понятие «половые извращения» отражало тот морально-правовой негативизм, который был исторической нормой для христианской европейской культуры вплоть до 80-х годов XX века. Ценностно-мировоззренческие сдвиги в современной культуре привели к признанию «еретических видов сексуальности». В 10-м Пересмотре Международной классификации болезней 1993 года понятие «половые извращения» отсутствует. Вместо него «рабочими» становятся термины «половое предпочтение», «сексуальная ориентация» и др. Эти изменения приводят к существенным структурным сдвигам не только в самом медицинском знании. Переориентация «нормативных моделей» неизбежно находит свое отражение в общественном сознании, трансформируя при этом не только нравы и моду, но даже закон и право. Некоторые исследователи полагают, что «наступает эра биовласти,

когда царство нормы вытесняет царство закона». Ирония метаморфоз с человеческой сексуальностью «состоит в том, — полагает М. Фуко, — что нас заставляют поверить, что речь при этом идет о нашем освобождении»²¹³. Проблема освобождения сексуальности не может рассматриваться только как медицинская проблема. Сексуальность — одна из физиологических систем жизнеобеспечения человека. Но ее отличие от других жизнеобеспечивающих функций — пищеварения, сердечно-сосудистой деятельности, дыхательного аппарата и т. д. — заключается в том, что она непосредственно вплетена в моральные отношения практически любого общества. Более того, между сексуальностью и моралью существует тесная связь и взаимозависимость, от которой в значительной степени зависит как нравственное, психическое, физиологическое здоровье человека, так и благополучие культуры в целом. З. Фрейд полагал, что «общество не знает более страшной угрозы для своей культуры, чем высвобождение сексуальных влечений»²¹⁴. Мораль всегда стояла на страже этого высвобождения, выполняя вполне определенную функцию в системе саморегуляции культуры. Об этом свидетельствует многовековой опыт человечества, как на уровне морально-философского, медико-психологического знания, так и на уровне коллизий социального развития.

История вопроса

Европейская история пережила две сексуальные революции, т. е. два значительно длительных периода переоценки сексуальности человека и сексуальных отношений. Первый относится к эпохе распада Римской империи и формирования христианской культуры, второй — ко второй половине XX века. Исследователи античности отмечают в качестве одной из ее особенностей «проникновение полового элемента во все сферы жизни (культ фаллоса, специфические половые божества, свободное проявление полового элемента в общественной жизни, литературе, искусстве)». В «наивности разврата» заключалось одно из своеобразий античной культуры. «Относительно числа и изощренности различных видов половых сношений древний мир ни в чем не уступал новому времени или даже, быть может, превосходил его. Это видно по чрезвычайно обширному и до мелочей дифференцированному эротическому словарю греческого и латинского языков, послужившего основанием для всех эротических словарей современных культурных языков (и в этом также мы только подражатели и последователи древних)... Так, уже у греков было около 70 различных выражений для коитуса и различных положений и манипуляций при этом, которые варьировались соответственно эротическим темпераментам и наклонностям»²¹⁵. Например, в словаре александрийского грамматика Гезихия (конец IV века) имеется не менее 74 выражений для педерастии и

мужской проституции. Половые извращения у греков и римлян И. Блох оценивает как «всеобщие антропологические явления — т. е. такие, которые встречаются повсюду и во все времена, независимо от культуры и вырождения» ²¹⁶. В то же время он и другие исследователи античности говорят о крайней интенсивности фактора сексуальных удовольствий, половой распущенности и извращенности в позднем Риме. Полибий в «Истории» свидетельствовал: «Люди впадали в великий блуд и любостяжание и роскошь, и не женились, а если и женились, то не желали воспитывать родившихся детей». Юстин писал об обычае выбрасывать детей: «Выбрасывать детей худо и потому еще, что их подбирают обычно развратные люди и выращивают (как девочек, так и мальчиков) исключительно для своих сексуальных развлечений. Многие римляне держали целые стада таких детей» ²¹⁷. Славою женщины считалось наличие большого числа мужчин-любовников. Целомудрие и добродетель оценивались как доказательство уродливости женщин. Примеры и свидетельства половой извращенности, царящей в эту эпоху, составили не один том. Исследователи античности неоднократно приходили к выводу, что кризис и гибель этой культуры были тесно связаны с духовно-нравственным вырождением, которое не в последнюю очередь определялось типом сексуальных отношений. Г. К. Честертон писал: «К несчастью античной цивилизации для огромного большинства древних не было ничего на мистическом пути, кроме глухих природных сил — таких как пол, рост, смерть... Древние сочли половую жизнь простой и невинной — и все на свете простые вещи потеряли невинность. Половую жизнь нельзя приравнивать к таким простым занятиям, как сон или еда. Когда пол перестает быть слугой, он мгновенно становится деспотом. По той или иной причине он занимает особое, ни с чем не сравнимое место в человеческом естестве; никому еще не удалось обойтись без ограничения и очищения своей половой жизни». Характеризуя это время, он справедливо утверждал, что «христианство явилось в мир, чтобы исцелить его, и лечило единственно возможным способом — аскезой» ²¹⁸. Это исцеление и было первой сексуальной революцией в европейской истории. Г. Миллер в исследовании «Половая жизнь человечества» констатирует: «Прямо поразительно, сколько было сделано в этот период церковью для упорядочивания половой жизни, а через это — к оздоровлению общественного организма... Именно здесь сидела глубже всего и была всего упорнее болезнь века» ²¹⁹. Христианство осуществляет принципиальное изменение смысла человеческой сексуальности. Сексуальность как вечно живое «животное в человеке» (Платон) становится проявлением «единомудрия и целомудрия» супругов. В таинстве брака сексуальность освящается и превращается в свидетельство любви в «реальное вхождение в сферу бесконечного бытия», в «противоядие смертности» ²²⁰.

Содержание сексуальной революции, которую на протяжении нескольких столетий осуществляло христианство, заключалось и в утверждении принципа моногамии, и в одухотворении отношений между мужчиной и женщиной, и в утверждении аскетизма как формы духовной свободы человека. Вторую сексуальную революцию, вернее контрреволюцию, европейская цивилизация переживает с середины XX века. Ее символическим началом можно считать выход в свет в 1953 году журнала «Плейбой». Сегодня уже можно говорить о ее реальных последствиях. Это — раннее начало половой жизни, увеличение числа половых партнеров, рост числа разводов, легализация гомосексуализма, нарастающая эпидемия СПИДа, распространение венерических заболеваний и изматывающая бездуховность. Для нее характерен негативизм по отношению к моральным ценностям христианства и обращение к язычеству как эталону понимания сексуальности. «Язычество оправдывает все варианты сексуальной любви и эротических наслаждений» — лейтмотив современной сексологии ²²¹. Для современного сексуального либерализма характерна не только реставрация языческого смысла сексуальности как наслаждения, но и новое понимание сексуальности как средства поддержания здоровья, с выделением сексуальной функции как самостоятельного предмета исследования медицинского знания. В конце XIX — начале XX века медицина собирает, описывает, систематизирует случаи патологической сексуальности, еще не отделяя себя от общепризнанных моральных ценностей. Типичным в этом отношении является исследование французского психиатра Б. Балля «Эротическое умопомешательство» (Харьков, 1887). В традиционной психопатологии понимание болезни основывается на том, что поведение, соответствующее социальным нормам, определяется как здоровое и нормальное; поведение, отклоняющееся от социальной нормы, — свидетельство психического расстройства. К началу XX века деятельность Рихарда фон Крафт-Эбинга (1840-1902), Магнуса Хирфельда (1868-1935), Иоганна Блоха (1872-1922), Хэлока Эллиса (1859-1939) формирует сексопатологию, которая становится основанием сексуального либерализма. Принципиальное значение в этот период имели исследования З. Фрейда. Его роль в становлении сексуального либерализма противоречива. С одной стороны, он — авторитет «пансексуализма», т. е. сведения всякой любви (любви-дружбы, любви к идеям, к человечеству в целом и т. п.) к сексуальной основе. С другой — налицо связь его исследований с традиционными моральными взглядами. Примером может послужить его известное опровержение общепринятой теории полового влечения. Согласно этой теории, половое влечение проявляется только в зрелом возрасте, выражается в непреодолимой притягательности противоположных полов, цель которой — продолжение рода (через половое соединение). С точки зрения З.

Фрейда, эта теория является «поэтической сказкой». Вместо нее он создает сексуальную теорию, в основе которой лежит новое понимание сексуальности. В чем оно заключается? Новое понимание сексуальности было связано с принципиальным разграничением сексуальности и продолжения рода. Сексуальность — это проявление не инстинкта продолжением рода, а проявление либидо, т. е. силы, влияющей на жизнь человека с момента его рождения до его смерти. Другими словами, сексуальность — это не состояние, а процесс становления человеческого существа, который предполагает для каждого индивида переход от ощущения «удовольствия от функционирования органов» у младенцев к разумному отношению к функции продолжения рода. «Функция либидо прodelывает длительное развитие, прежде чем станет служить продолжению рода способом, называемым нормальным» ²²². Психическое здоровье человека, по Фрейду, в значительной степени определяется тем, как осуществится этот процесс, насколько своевременно удастся преодолеть все его фазы. «Мы хотим, поэтому прямо сказать, что для каждого отдельного сексуального стремления считаем возможным такое развитие, при котором отдельные его компоненты остаются на более ранних ступенях развития, тогда как другим удастся достичь конечной цели» ²²³. Таким образом, нарушение ритма, фазности этого процесса является причиной психоневрологических патологий. Если рассматривать жизнь человеческую как динамическую, становящуюся целостностью, как исторический процесс, то логично сделать вывод, что христианство, освящающее сексуальность только как способ продолжения рода, по-видимому, и являет собой реализацию нормы в движении от состояния первобытной орды к миру высокой общечеловеческой культуры, аналогично тому, как подчинение сенсомоторной сексуальности функции продолжения рода — есть нормальное завершение становления личности. Фрейд пишет: «Поворотным пунктом развития становится подчинение всех сексуальных частных влечений примату гениталий и вместе с этим подчинение сексуальности функции продолжения рода» ²²⁴. Сексуальные цели, не преследующие деторождение, считаются Фрейдом отклонениями и в своем одномерном варианте ведут к патологии, требующей лечения. В этой позиции Фрейда заключается особенность его взглядов и его принципиальное отличие от современных сексуальных радикалов, которые не могут ему простить клинический подход к гомосексуализму.

Сексопатология и сексология конца XX века принципиально разводят этико-социальные нормы и сексуальное поведение человека. Результатом этого разведения стало понятие «сексуальная девиация», которое означает «всякое отклонение от нормы в сексуальном поведении, независимо от его проявлений и характера, степени

выраженности и этиологии»²²⁵. Целью же лечения сексуальной девиации становится «не освобождение от девиантной сексуальности, а высвобождение для девиантной сексуальности»²²⁶. В границах таких подходов этико-социальные нормы рассматриваются как патогенный фактор, стесняющий девиацию и приводящий к неврозам и сексуальным дисфункциям. Кроме того, все более укрепляется тенденция превращения собственно сексопатологии в сексологию, так как «классификация сексуальных девиаций вовсе не является перечнем болезней, но представляет собой **систематику различных возможностей сексуального поведения**»²²⁷.

Согласно классификации, предлагаемой К. Имелинским, все сексуальные девиации разделяются на две группы. Первая группа — это сексуальные отклонения, к которым он относит (по объекту влечения) — педофилию, геронтофилию, зоофилию, фетишизм, трансвестизм; (по способу реализации влечения) — садизм, мазохизм, эксбиционизм, вуайеризм; к «просто нетипичным влечениям» — гомосексуализм, транссексуализм, кровосмешение. Это непатологические сексуальные влечения. Вторая группа — собственно патологические сексуальные отклонения, к которым относятся все перечисленные выше, но в «прогрессирующих и импульсивных формах»²²⁸. Метод К. Имелинского связан с отказом от ценностей традиционной морали, что превращает многочисленные виды сексуальной патологии в норму. Подобные принципы типичны для современной сексологии и сексопатологии. Нельзя не отметить, что многие из них противоречат установкам влиятельных направлений в медицинской психологии, психотерапии и психиатрии. К. Г. Юнг в «Тэвистокских лекциях» обращал внимание на то, что ценности культуры «являются важной психологической функцией. Для того чтобы получить целостную картину мира, совершенно необходимо учитывать ценностный аспект. В противном случае вы попадете в беду»²²⁹. Далее, логотерапия — одно из влиятельных направлений современной психотерапии — определяет смысловое измерение личности как врожденный мотивационный элемент ее поведения и развития. При этом «смысл не субъективен», т. е. не может быть сведен к измерениям биологических или психологических характеристик человека. Естественно, поэтому, что целью, ценностью, «смыслом» не может быть «принцип наслаждения». Если же он им становится (что происходит в современной сексологии), то он начинает выполнять разрушающее психику действие. «Саморазрушающее свойство стремления к наслаждению лежит в основе многих сексуальных неврозов»²³⁰.

Возвратимся к авторитету аналитической психологии — К. Г. Юнгу. «Врач всегда должен помнить о том, что болезни — это просто нарушение нормальных процессов, а

отнодь не *entia per se* (самостоятельные сущности) со своей отличительной психологией. *Similia similibus curantur* (подобное лечат подобным) — эта замечательная истина старой медицины и, как всякая великая истина, она легко может оказаться величайшим заблуждением. Медицинская психология должна следить за тем, как бы самой не принять патологическую форму»²³¹.

К сожалению, эта опасность подстерегает современные сексологические теории. Предупреждение возможных последствий новых методик медико-психологического воздействия на человека — одна из задач биомедицинской этики.

Гомосексуализм как медицинское и социальное явление

Примером переплетения медицинских и социальных проблем является современная тенденция легализации гомосексуализма. С января 1993 года вступил в силу 10-й Пересмотр Международной классификации болезней. Впервые за все время существования периодических пересмотров гомосексуализм был выведен из категории «болезни» и определен как «сексуальная ориентация», которая, согласно Примечанию, сама по себе не рассматривается даже в качестве расстройства. Вслед за этим, в апреле 1993 года принимается новая редакция статьи 121 Уголовного кодекса РФ, где впервые, вопреки многовековой традиции, отсутствовало положение об уголовной ответственности за мужеложство. В новом Уголовном кодексе РФ, вступившем в силу с 1 января 1997 года, уголовная ответственность предусмотрена только за насильственные действия сексуального характера (статья 131). Известно, что еще в 1990 году Уголовный кодекс относил гомосексуализм к «преступлениям против жизни, здоровья и достоинства личности». Еще в 1990 году медики квалифицировали гомосексуализм «как наиболее распространенное половое извращение». Каковы же основания происходящих изменений?

Определяющим основанием является развитие медицинского знания. В течение многих веков гомосексуализм рассматривался как половое извращение, не являясь при этом предметом медицинского исследования. В первой половине XIX века начинает распространяться отношение к гомосексуализму не как к форме полового пресыщения, а как к патологическому явлению. Поставив вопрос о причинах гомосексуализма, медицинское знание отвечает на него, исходя из семи позиций. Первая — генетическая, согласно которой гомосексуализм — это наследственная патология; вторая — неврогенная, связывающая гомосексуализм с церебральными поражениями. С точки зрения эндокринного подхода, в основе гомосексуализма лежат эндокринные нарушения

(например, опухоли коры надпочечников). Нейроэндокринная и внутриутробная модель объяснения выходит на уровень изменений гормональных процессов у формирующегося плода. Шестой, психоаналитический подход, объясняет гомосексуализм как следствие ранней фиксации на матери. Любовь гомосексуалиста к мужчинам юношеского возраста — это чувство, которое воспроизводит отношение его матери к нему. Патологичность, или инверсивность, гомосексуализма у Фрейда не вызывала сомнения. «Клинический портрет гомосексуализма» до сих пор не могут ему простить многие современные сексуальные либералы. Седьмая позиция до последнего времени доминировала в отечественной психиатрии. Это условно-рефлекторная, или дизонтогенетическая концепция, гомосексуализма, согласно которой «извращение психосексуальных ориентаций формируется в постнатальном периоде под влиянием средовых (психосексуальных) факторов на патологически измененной почве или вследствие неблагоприятных воздействий» ²³². П. Б. Ганнушкин в 1933 году писал: «Совершенно несомненно, что, как правило, у большинства людей до наступления половой зрелости половое влечение отличается большой неустойчивостью, особенно в отношении цели и объекта влечения. Случайные впечатления, соблазны со стороны товарищей, наконец, прямое совращение со стороны пожилых гомосексуалистов фиксируют у еще не нашедшего себя в половом отношении неустойчивого психопатичного юноши ту форму удовлетворения полового влечения, в которой он испытывал свои первые, наиболее яркие половые переживания. Повторение создает привычку... Параллельно с этим элементы нормального полового чувства постепенно атрофируются и замирают» ²³³.

Практически все исследователи различают два вида гомосексуализма — активный (врожденный, «истинный») и пассивный (приобретенный, «средовой» или «культуральный»). Активный гомосексуализм составляет «стержневую группу», представленную от 1 до 4% у мужчин и от 1 до 3% у женщин, которая воспроизводится с биологической необходимостью и является антропологической особенностью любой культуры, включая и древние. Степень же распространения гомосексуализма, т. е. рост показателей «приобретенных» гомосексуальных отклонений, напрямую зависит от культурных влияний, к которым относятся позитивные либеральные установки общества, «мода», негативизм по отношению к традиционной иудео-христианской морали и т. п.

Формой оправдания гомосексуализма для многих исследователей является идеализация языческой сексуальности. Например, доктор Исаев Д. Д. констатирует наличие гомосексуальных связей у античных богов — между Зевсом и Ганимедом, Апполоном и Гиацинтом, Ахиллесом и Петроплом, Гераклом и Хиласом. Ставится

родственный диагноз Зенону, Сократу, Платону, Александру Македонскому и др. Понятие «эрос» истолковывается как «символ... гомосексуальных союзов». Педерастия рассматривается как уникальная и совершенная система образования Древней Греции и вообще являлась «основой процветания общества, фундаментом общественных устоев»²³⁴.

Подобные изыскания не новы. И уже в 1909 году Г. Миллер в своем фундаментальном исследовании «Половая жизнь человечества» (СПб., 1909) изобличает подобные трактовки как некорректные интерпретации заинтересованных лиц²³⁵. Наиболее убедительными в этом отношении являются следующие суждения Платона в «Законах»: «Из-за влеченияженщин к женщинам и мужчин к мужчинам проистекают несметные беды, как для отдельных людей, так и для государства.... Подобные отношения нечестивы, богопротивны и... позорнее всего позорного... Кто же из людей решится все это возвести в закон?»²³⁶.

Отказ от уголовной наказуемости за мужеложство в современном законодательстве в значительной степени обусловлен мотивом «терпимости и гуманизма» по отношению к больным людям. Например, доктор И. М. Деревянко полагает: «Гомосексуализм — это клиническое проявление аномалий (пороков развития, уродств) половых органов и пола. Следовательно, это болезнь, а лишать свободы и убивать больных (страдающих пороком развития людей) — это свидетельство медицинской безграмотности общества»²³⁷. Причем сам доктор Деревянко И. М. приводит такую статистику: 60% от общего числа гомосексуалистов не ощущают себя больными, довольны своей гомосексуальной ориентацией и чувствуют себя весьма комфортно. И лишь 25% страдают, ощущают свою неполноценность и хотят излечиться. Причем ощущение их неполноценности для многих специалистов обусловлено конфликтом с традиционной моралью.

В англо-американской культуре подход несколько иной. За последние 30 лет проблеме гомосексуализма было посвящено около 1200 публикаций, и основная тенденция ее решения сводится к оценке гомосексуализма как варианта нормы, снимая при этом вопрос о терапии. Интересно, что ряд отечественных специалистов занимает по этому вопросу непримиримую позицию: «С такой точки зрения мы не можем согласиться»²³⁸.

Отношение к гомосексуализму в европейской культуре прошло три стадии. На первой, он воспринимался как вид извращения; на второй, в результате медиализации

проблемы, как болезнь; и на третьей, современной, как норма. Причем одним из способов перехода со второй стадии на третью является отрицание норм и ценностей традиционной морали. Действительно, отказ от традиционной морали, если не излечивает, то превращает многие виды сексуальной патологии, в том числе и гомосексуализм, в норму. Существующая биопсихологическая идентичность гомосексуалиста требует морально-мировоззренческой идентичности. Но при этом нельзя забывать о людях, для которых принципы традиционной морали — не отвлеченные и пустые идеи, но «образы и смыслы их жизни». В системе их миропонимания гомосексуализм — это олицетворение совершенной противоестественности. Существование в режиме противоестественности ставит под угрозу существование человечества как вида и на уровне рождаемости, и на уровне моральной и физической деградации. Для сторонников традиционной морали «стержневая группа» гомосексуалистов (пресловутые 4%), не ограниченная ни юридически, ни морально, представляет собой опасность и постоянный фактор риска совращения детей и молодежи, т. е. прогрессирующего роста «приобретенного гомосексуализма».

Религиозная оценка гомосексуализма

Профессор, протоиерей В. Зеньковский в своей работе «На пороге зрелости» пишет: «Надо бояться того, что порок этот гораздо более распространен, чем думают... Взрослые мужчины, страдающие этим пороком, ищут подростков-юношей, чтобы пользоваться ими для удовлетворения половой потребности... Когда это извращение достигает известной силы, с ним, по-видимому, трудно уже бороться — тем более важно охранять мальчиков от покушений на них со стороны извращенных людей старшего возраста... Как всякое извращение, так и гомосексуализм, раз «присосавшись», с трудом отрывается, а в то же время медленно, но непременно происходит психическая деформация — именно потому, что гомосексуализм неестествен. От этой беды можно и должно предостеречь наших детей» ²³⁹.

Библейская мораль на протяжении веков прочно и неизменно стоит на пути этой беды. В Книге «Левит» определяется: *«И с мужчиной не ложишься, как лежат с женщиной; мерзость это». «И человек, который ляжет с мужчиной, как лежат с женщиной, — мерзость сделали оба, смертью пусть будут умерщвлены, их кровь на них»* (Лев.18, 22; 20, 13).

В Новом Завете в «Послании к римлянам» Апостол Павел описывает «нечестие и неправду человеков; подавляющих истину неправдою»: *«Подобно и мужчины, оставивши естественное употребление женского пола, разжигались похотью друг на друга, мужчины на мужчинах делая срам и получая в самих себе должное возмездие за свое заблуждение. И как они не заботились иметь Бога в разуме, то предал их Бог превратному уму — делать непотребства, так что они исполнены всякой неправды, блуда, лукавства, корыстолюбия, злобы, исполнены зависти, убийства, распри, обмана, злонравия, злоречивы, клеветники, богоненавистники, обидчики, самохвалы, горды, изобретательны на зло, непослушны родителям, безрассудны, вероломны, нелюбовны, непримиримы, немилостливы»* (Рим. 1, 27-31).

В «Основах социальной концепции Русской Православной Церкви» гомосексуализм бескомпромиссно осуждается, «как греховное повреждение человеческой природы, которое преодолевается в духовном усилии, ведущем к исцелению и личностному возрастанию человека. Гомосексуальные устремления, как и другие страсти, терзающие падшего человека, врачуются Таинствами, молитвой, постом, покаянием, чтением Священного Писания и святоотеческих творений, а также христианским общением с верующими людьми, готовыми оказать духовную поддержку. Относясь с пастырской ответственностью к людям, имеющим гомосексуальные наклонности, Церковь в то же время решительно противостоит попыткам представить греховную тенденцию как «норму», а тем более как предмет гордости и пример для подражания. Именно поэтому Церковь осуждает всякую пропаганду гомосексуализма. Не отказывая никому в основных правах на жизнь, уважение личного достоинства и участие в общественных делах, Церковь, однако, полагает, что лица, пропагандирующие гомосексуальный образ жизни, не должны допускаться к преподавательской, воспитательной и иной работе среди детей и молодежи, а также занимать начальственное положение в армии и исправительных учреждениях» ²⁴⁰.

Транссексуализм

В начале 90-х годов отечественные специалисты вполне однозначно определяли транссексуализм как «половое извращение, ощущение принадлежности к противоположному полу» ²⁴¹ или как «наиболее резко выраженную ядерную группу врожденного гомосексуализма» ²⁴². Эти определения соответствовали 9-му Пересмотру Международной классификации болезней 1975 года, в котором транссексуализм, наряду с гомосексуализмом, был отнесен к разделу «Половые извращения и нарушения».

Во Введении к 10-му Пересмотру справедливо фиксируется, что в XX веке произошли существенные изменения в структуре патологии населения. Однако существенные изменения происходят и в понимании самой патологии. В 10-м Пересмотре четко дифференцируются «расстройства полового предпочтения» от «расстройств половой идентификации». К этим расстройствам и отнесен транссексуализм. Он определяется как «желание жить и быть принятым в качестве лица противоположного пола, обычно сочетающееся с чувством неадекватности или дискомфорта от своего анатомического пола и желанием получать гормональное и хирургическое лечение с целью сделать свое тело как можно более соответствующим избранному полу»²⁴³.

Среди факторов негативно-настороженного общественного отношения к транссексуалам ведущее место занимает восприятие транссексуализма как явления, близкого к тому, что принято называть «сексуальным извращением», т. е. недостаточно четкое различие собственно транссексуализма от гомосексуализма, гермафродизма, бисексуальности. Между перечисленными состояниями существует как связь, так и отличия. Гермафродизм — характеристика организма с признаками анатомо-физиологической двуполости, бисексуальность — характеристика личности с двуполой направленностью сексуальных влечений. Примечательно, что в «Советском энциклопедическом словаре 1980 года издания гомосексуализм определялся как «разновидность полового извращения»²⁴⁴. Транссексуализм — это эмоционально-психическая характеристика личности, отрицающей свой биологический пол. В последние годы среди специалистов распространено мнение, что к сексуальной извращенности это состояние имеет проблематичное отношение. Они считают, что ощущение себя «другим» возникает в детском возрасте и, как правило, сопровождает становление сознания и самосознания.

Транссексуал стремится к «восстановлению» пола хирургическим путем, в отличие, например, от гомосексуала, который, как правило, не допускает этой идеи. Стремление транссексуала привести строение своего тела в соответствие с психическим чувством половой принадлежности, т. е. желание получить хирургическое лечение, находит удовлетворение в современной медицинской практике. Транссексуальная хирургия — одно из новых ее направлений, которое стало отражением реальных изменений в морально-мировоззренческом и правовом сознании европейского человека. Медицинские разработки этого направления явились как бы медицинским средством обеспечения этих изменений, средством обслуживания прав пациента, в частности прав на изменение пола.

Впервые операция по «коррекции пола» была произведена в 1951 году в Дании. В настоящее время и на Западе и в России производство подобных операций поставлено на поток. Например, по свидетельству доктора А. С. Акопяна, директора Центра репродукции человека, за последние пять лет в Центре было произведено около 200 подобных операций. Это число свидетельствует о том, что транссексуалы — немногочисленная группа пациентов. По статистике 1 из 100 000 человек обнаруживает признаки транссексуализма. Но, несмотря на количественную незначительность, степень эмоционального воздействия явления транссексуализма на общественное сознание, по крайней мере, об этом говорит современная пресса, весьма высока. С чем это связано?

Сам термин «транссексуализм» был введен в 1954 году Г. Бенямином. Возникает вопрос: является ли это состояние принципиально новым, т. е. примером современных изменений в структуре патологии населения, или это явление уже было известно культуре? Исследования показывают, что не только было известно, но и много раз описано.

В. В. Розанов называл это явление «физической содомией» и рассматривал ее как физиологическое основание различных видов религиозной экзальтации, встречающихся и в язычестве и в таких религиозных сектах, как хлыстовство, скопчество. Например, известен термин сектантов-скопцов — «чистота», который означал «отсечение удов срамных» и являлся главным признаком принадлежности к секте.

Приводя различные факты, собранные доктором А. Форелем в его книге «Половой вопрос» (СПб., 1909), Розанов описывает такой типичный случай. Пациент признается: «За последние годы я ни на минуту не переставал чувствовать себя женщиной... Брак наш (пациент был женат), за исключением минут совокупления, производит такое впечатление, будто совместно живут две женщины, из которой одна маскируется мужчиной... Все это ужасно тяготит, и уже лучше быть или сделаться бессильным...». Комментируя это свидетельство, Розанов пишет: «Какое поразительное признание, до конца и глубоко объясняющее религиозное оскотление» ²⁴⁵.

Не без оснований можно утверждать, что в древних культурах именно транссексуализм в значительной степени определял возникновение ряда религиозно-мистических культов, таких, например, как поклонение Молоху, «жрецы» которого культивировали обряд кастрации. Этот обряд вполне можно объяснить как свидетельство «неодолимого физиологического и психического отвращения» к собственному полу, и

само оскотление как «торжество» освобождения от него. В. В. Розанов, ссылаясь на древние источники, упоминает обычай, преследуемый Моисеем, по которому «мужчины одевались в платья женщин, и наоборот. Юноши как бы обращались в девушек после посвящения их божеству, т. е. после того, как они лишались детородных органов» ²⁴⁶.

В Библии можно прочесть: *«У кого раздавлены ятра или отрезан детородный член, тот не может войти в общество Господне»* (Втор., 23, 1). Библейская традиция веками вырабатывала устойчиво-отрицательное отношение к «страдальцам пола» в противоположность языческой культуре. «Исключительность», получавшая в язычестве религиозную окраску, в христианской культуре приобретала форму социально-морального изгойства. Эта традиция заложила архетип отрицательного морально-эмоционального отношения, которое сегодня оборачивается проблемой социальной адаптации транссексуалов.

Современная Православная Церковь приходит к выводу, что «стремление отказаться от принадлежности к тому полу, который дарован человеку Создателем, может иметь лишь пагубные последствия для дальнейшего развития личности. «Смена пола» посредством гормонального воздействия и проведения хирургической операции во многих случаях приводит не к разрешению психологических проблем, а к их усугублению, порождая глубокий внутренний кризис. Церковь не может одобрить такого рода «бунт против Творца» и признать действительной искусственно измененную половую принадлежность... От транссексуализма надлежит отличать неправильную идентификацию половой принадлежности в раннем детстве в результате врачебной ошибки, связанной с патологией развития половых признаков. Хирургическая коррекция в данном случае не носит характер изменения пола» ²⁴⁷.

Медицинская помощь должна оказываться как средство лечения патологии половой идентификации, но не как средство поддержания сексопатологических и сектантско-религиозных ориентаций.

Глава 5. «Физика » и «метафизика » смерти

«Человек есть существо умирающее» — это суждение принадлежит к разряду банальных истин. Нет ничего более очевидного, и в то же время, в буквальном смысле, менее очевидного для человека, чем его собственная смерть. Отношение человека к смерти человека — это всегда отношение, моделирующее всю систему моральных взаимосвязей и взаимозависимостей. Символично, что смерть в иудео-христианском

понимании стала первым проявлением и обнаружением «зла» как моральной реальности. Моральное отношение к смерти всегда являлось кардинальным, системообразующим и жизнеобеспечивающим принципом для любого человеческого сообщества. Новые медицинские критерии смерти человека — «смерть мозга» — и новые социальные подходы к индивидуальной смерти — «право на смерть» — не только частное, конкретное дело медицины. «Физика» смерти, такова уж ее особенность, непосредственно связана с «метафизикой» смерти, т. е. ее моральным и социальным измерением.

5.1. Критерии смерти и морально-мировоззренческое понимание личности

Проблема смерти — это проблема по существу своему морально-религиозная и медицинская. И если религия и мораль — это своеобразная «метафизика» человеческой смерти, то «физикой» ее является медицина. На протяжении веков в пространстве европейской христианской цивилизации они дополняли друг друга в процессе формирования траурных ритуалов, обычаев, норм захоронения и т. п. Медицинские гигиенические нормы и признание возможности ошибок при диагностики смерти (случаи мнимой смерти и преждевременного захоронения) разумно сочетались с обычаем христианского отпевания и захоронения на третий день после смерти. Медицинская диагностика смерти, связанная с констатацией прекращения дыхания и остановкой сердцебиения, была непротиворечиво связана с христианским пониманием сердца и дыхания как основ жизни. Не удивительно, что первые научно обоснованные попытки оживления умерших были связаны с восстановлением дыхательной способности и функции кровообращения. Так, например, в 1805 году доктор Е. Мухин предлагал с целью оживления мнимо умерших вдвигать в легкие воздух с помощью мехов. К началу XIX века во многих странах Европы ставился вопрос о новом определении смерти, которая связывалась уже с отсутствием эффекта реакции организма на искусственное дыхание.

В XIX веке началось бурное развитие медицинских технических средств, которые успешно использовались для более точной констатации смерти и одновременно проходили испытания новых способов оживления организма. В России первая удачная попытка оживления сердца, извлеченного из трупа человека, была произведена в 1902 году доктором А. А. Кулябко (Томский университет). В 1913 году Ф. А. Андреев предложил способ оживления собаки с помощью центрипетального введения в сонную артерию жидкости Рингер-Локка с адреналином. В 20-е годы был сконструирован первый в мире аппарат для искусственного кровообращения. Его создателями С. С. Брюхоненко и С. И. Чечелиным он был назван «автожектор». В годы Великой Отечественной войны В.

А. Неговский и его коллеги разрабатывают «комплексную методику оживления» организма. Одновременно происходит детальное изучение процессов конечных стадий жизнедеятельности. Неговский выделяет пять стадий умирания — преагональное состояние, терминальная пауза, агония, клиническая и биологическая смерть.

Различие клинической смерти (обратимого этапа умирания) и биологической смерти (необратимого этапа умирания) явилось определяющим для становления реаниматологии — науки, изучающей механизмы умирания и оживления умирающего организма. Сам термин «реаниматология» был впервые введен в оборот в 1961 году В. А. Неговским на Международном конгрессе травматологов в Будапеште.

Формирование в 60-70-е годы реаниматологии многие считают признаком революционных изменений в медицине. Это связано с преодолением традиционных критериев человеческой смерти — прекращения дыхания и сердцебиения — и выходом на уровень принятия нового критерия — «смерти мозга». Коренные изменения, вносимые достижениями медицинской науки во временное пространство смерти, оборачиваются ростом этической напряженности врачебной деятельности. В каждом ли случае реанимационные процедуры являются наилучшим исходом для пациента? Безусловно, комплекс технических средств для поддержания жизни дает возможность предотвратить смерть ряду больных, но в то же время для других это «поддержание» оказывается лишь способом продления умирания.

Реанимация — это непосредственное олицетворение научно-технических достижений человека. Однако между человеком и техническими средствами, им созданными, возникает достаточно жесткая взаимосвязь. М. Хайдеггер приводит такое сравнение: «Техническое, в самом широком смысле слова, есть ничто иное, как план», созданный человеком, но который, в конце концов, вынуждает человека к действию, независимо от того, желает он этого, или уже нет ²⁴⁸.

Отделения интенсивной терапии современных больниц оснащены новейшими установками, делающими возможными различные реанимационные процедуры.

Система здравоохранения, оснащенная этой техникой уже не способна отказаться от ее применения, часто превращая своих пациентов в бесправные жертвы. Грань между поддержанием жизни и продлением умирания становится такой тонкой, что смерть оказывается длительным механизированным процессом умирания, который технологически можно продлить до 10 лет.

Говоря о коматозных больных, профессор Б. Г. Юдин очень метко называет период между состоянием «определенно жив» и «определенно мертв» — «зоной неопределенности». этой «зоне» типичны такие суждения врачей: «Человек еще жив, но он без сознания, необходимо дождаться его физической смерти от голода, инфекции», или, что одно и то же, «человек мертв, но он еще дышит, необходимо прекратить дыхание». В границах новых достижений медицины бьющееся сердце и дыхание — не есть признаки жизни. Констатация «смерти мозга» определяет личностную смерть, в границах которой допустима «растительная» (на клеточном уровне) жизнь. Новые медицинские постулаты с большим трудом адаптируются в общественном сознании, для которого очень странно суждение о том, что смерть констатирована, но человек еще дышит.

Современной медицине соответствует современный образ человека, как прежде всего разумного существа, чему соответствует и новый критерий его смерти — «смерть разума» или «смерть мозга», или «неокортексовая смерть», т. е. невыполнение мозгом своих функций мышления, рассуждения, контакта с людьми. Родственники пациента, оказавшегося в «зоне неопределенности», должны выйти на уровень новых, соответствующих происходящему в медицине, ориентиров.

Действительно, «зона неопределенности» оказывается в буквальном смысле слова вне пространства библейских этических заповедей. Шестая заповедь «не убий» в этой зоне не работает, ибо в терминах традиционной морали — это «зона» неизбежного убийства или «отказа от жизнеподдерживающего лечения». Но кто должен принимать и осуществлять решение о смерти человека? Технические достижения требуют максимально объективного и рационального отношения человека к своей смерти. Рациональное отношение к своей смерти предполагает ответы на вопросы, как он хотел бы умереть, кто должен принимать решение в соответствующей ситуации, насколько строго и кем должна выполняться его воля?

Пытаясь освободить от моральной и юридической ответственности невольных исполнителей «воли зоны» — врачей, культура обращается к принципу эвтаназии — умышленному, безболезненному умерщвлению безнадежно больных людей.

5.2. Эвтаназия — моральные, правовые и социальные аспекты

Термин эвтаназия происходит от греческих слов eu — «хорошо» и thanatos — «смерть» и означает сознательное действие, приводящее к смерти безнадежно больного и

страдающего человека относительно быстрым и безболезненным путем с целью прекращения неизлечимой боли и страданий.

Эвтаназия как новый способ медицинского решения проблемы смерти (прекращения жизни) входит в практику современного здравоохранения под влиянием двух основных факторов. Во-первых, прогресса медицины, в частности, под влиянием развития реаниматологии, позволяющей предотвратить смерть больного, т. е. работающей в режиме **управления умиранием**. Во-вторых, смены ценностей и моральных приоритетов в современной цивилизации, в центре которых стоит идея «прав человека». Неудивительно, что 51,5% и 44,8% российских врачей в возрасте соответственно 41-50 и 51-65 лет на вопрос социологического опроса (1991-1992 гг.) «считаете ли Вы допустимой эвтаназию?» ответили «никогда об этом не думал (ла)», наряду с вариантами ответов «да» и «нет». Положительный ответ был дан 49% врачей в возрасте 21-30 лет ²⁴⁹. Авторы исследования приходят к справедливому выводу о смене ценностных установок профессионального сознания медиков, которые, с одной стороны, сталкиваются с тупиковыми ситуациями на границе между жизнью и смертью, а с другой, являются соучастниками общих цивилизационных социальных процессов.

Эвтаназия — неоднозначное действие. Прежде всего, различают активную и пассивную эвтаназию. Активная эвтаназия — это введение врачом летальной дозы препарата. При пассивной эвтаназии прекращается оказание медицинской помощи с целью ускорения наступления естественной смерти. Западные специалисты, например, Совет по этике и судебным делам Американской Медицинской Ассоциации, вводят понятие «поддерживаемое самоубийство». От активной эвтаназии оно отличается формой участия врача. «Поддерживаемое самоубийство» — это содействие врача наступлению смерти пациента с помощью обеспечения необходимыми для этого средствами или информацией (например, о летальной дозе назначаемого снотворного). Кроме этого, вводится градация «добровольной», «недобровольной» и «непреднамеренной эвтаназии (невольной)».

В первом случае эвтаназия осуществляется по просьбе **компетентного** пациента. Недобровольная эвтаназия проводится с некомпетентным пациентом на основании решения родственников, опекунов и т. п. Непреднамеренная эвтаназия совершается без согласования с компетентным лицом. При этом под компетентностью понимается способность пациента принимать решение. Совет по этике и судебным делам АМА допускает при этом, что эти решения могут быть не обоснованными. «Люди имеют право

принимать решения, которые другие считают неразумными, поскольку их выбор проходит через компетентно обоснованный процесс и совместим с личными ценностями» ²⁵⁰.

Либеральная позиция

Рекомендации и разработки Совета по этике и судебным делам АМА можно рассматривать как пример либеральной позиции по проблеме эвтаназии. Принцип автономии больного и обязательство врача уважать выбор пациента, безусловно, является одним из определяющих пределы этического действия врача. «Мы демонстрируем уважение к человеческому достоинству, когда признаем свободу личности делать выбор в соответствии с ее собственными ценностями» ²⁵¹. Эвтаназия становится практически работающим принципом, если собственные ценности личности совпадают с такой ценностью современной цивилизации, как право на предельную самодетерминацию личности. С либеральных позиций добровольная эвтаназия основана на фундаментальном человеческом праве — праве умереть, если смерть — единственное избавление от страданий. Основными аргументами в пользу признания добровольной эвтаназии становятся сострадание к другим и признание права человека самому определять время собственной смерти. Позиция, допускающая эвтаназию, по крайней мере, на уровне отмены и отказа на поддерживающее жизнь лечение, имеет в своем арсенале еще ряд аргументов. Любой метод, приводящий к смерти, традиционно оценивается как вредный и, следовательно, недопустимый. Но сторонники эвтаназии полагают, что она является «правильным лечением», направленным на устранение непереносимых болей. Если боль неустраима, помощь больному, просящего легкой смерти, может рассматриваться как гуманная и милосердная. Предложение врачом смерти как медицинского лечения — один из аргументов медицинского уровня.

Следующий аргумент может быть назван «альтруистическим». Это — желание тяжело больного человека не обременять собою близких ему людей. Это желание определяется не столько тем, что человек сам хочет этого, сколько тем, что он должен так сделать, так как забота о близких поглощает его индивидуальную волю к жизни. Этот аргумент тесно связан с принципом «права на достойную смерть», хотя здесь явно доминируют эгоистические мотивы. Принцип «достойной смерти» формируется с позиций достаточно высокого качества жизни, включающего комфорт, определенную благоустроенность, выбор средств «достойной смерти» и т. п. В современной литературе можно встретить и демографический аргумент.

Приемлемость эвтаназии связывается с «существенным старением населения», с ростом числа инвалидов преклонного возраста, содержание, уход и лечение которых влечет ряд экономических и социальных проблем. Логическим завершением признания социальной приемлемости эвтаназии является эвтаназия неполноценных. Особенно остро эта проблема встает относительно новорожденных.

К экономическим и социальным основаниям принудительной эвтаназии добавляется и генетический фактор — угроза «биологического вырождения». В отличие от всех перечисленных форм и видов эвтаназии, возможность применения которых все еще далека от социального признания, принудительная эвтаназия уже выходила на уровень практики. Всем известен опыт фашистской Германии, где в 1938-1939 годах была разработана и осуществлялась «Программа эвтаназии» по отношению к «жизненнонеполноценным» лицам. В 30-х годах в США существовало общество «Эвтаназия», которое ставило своей целью изменить законы и легализовать умерщвление «дефективных». И если в конце первой половины XX века эти идеи были осуждены мировым сообществом, то в конце второй половины XX века они вновь набирают силу. При этом, правда, меняется идеология принудительной эвтаназии: на помощь призываются понятия «милосердие» по отношению к бесперспективным пациентам и «справедливость» по отношению к их родным или даже обществу в целом, включая страховые компании и государственные учреждения, финансирующие их медицинское обслуживание, вынуждая их сокращать средства на оказание медицинской помощи другим категориям «перспективных» пациентов.

Консервативная позиция

Использование понятий «милосердие» и «справедливость» для оправдания принудительной эвтаназии — это путь к возможному социальному беспределу. Более того, использование этих понятий для оправдания эвтаназии — один из знаков подлинного антихристианства, как формы духовного самозванства, когда святыни и ценности христианства присваивают «себе такие силы в человечестве, которые на деле и по существу чужды и прямо враждебны Христу и Духу Его» ²⁵². Действительно, что может быть изощреннее понятия «убийство из милосердия», особенно в случае тяжелой неизлечимой болезни?! Или может ли не прельстить оправдание эвтаназии как нежелания быть в тягость близким, как формы заботы и даже подлинной любви к ближним?

Но подлинная любовь к ближним состоит в том, что ваша болезнь и возможность долготерпеливой заботы о больном — это то, как реально и непосредственно могут послужить ваши близкие Богу. «Истинно говорю вам: так как вы сделали это одному из сих братьев Моих меньших, то сделали Мне» (Мф. 25, 40). Для одних, это — один из путей ко спасению, о котором благовествовал Спаситель в своем Откровении. Для других, это — один из последних рубежей к «муке вечной». «Ибо алкал Я, и вы не дали мне есть; жаждал, и вы не напоили меня, был странником, и не приняли меня; был наг, и не одели меня; болен и в темнице, и не посетили меня». Тогда скажут Ему в ответ: «Господи! когда мы видели Тебя алчущим, или жаждущим, или странником, или больным, или в темнице, и не послужили Тебе?» Тогда Он скажет им в ответ: «Истинно говорю вам: так как вы не сделали этого одному из сих меньших, то не сделали Мне» (Мф. 25, 41-46).

Консервативная позиция по проблеме эвтаназии проста и однозначна. «Этика православного христианства отвергает возможность намеренного прерывания жизни умирающего пациента, рассматривая это действие как особый случай убийства, если оно было предпринято без ведома и согласия пациента, или самоубийства, если оно санкционировано самим пациентом»²⁵³.

Подобная оценка эвтаназии отличает не только православное христианство, но и любую консервативную позицию, включая мнение специалистов, которое еще 20 лет назад было господствующим в обществе. Основанием этого было не только христианское понимание человека, но и влияние врачебной этики Гиппократ, которая однозначно отрицает использование опыта и знаний врача для того, чтобы вызывать «легкую» смерть больного, который просит о такой услуге. Примечательно при этом, что Гиппократ формулирует этот принцип врачебной этики в условиях абсолютной социальной приемлемости самоубийства в культуре Греции и Рима.

Аргументы медиков, противников эвтаназии, основываются на врачебной практике. Во-первых, медицине известны факты «самопроизвольного излечения» от рака. И хотя такие случаи редки, исключать их возможность в каждой индивидуальной ситуации нельзя. Во-вторых, практика военных врачей свидетельствует о способности человека приспособляться к жизни, несмотря на инвалидность (ампутация ног, рук). Адаптация и новое качество жизни, как правило, приводило большинство из них к негативной оценке своих прежних просьб к врачам об ускорении их смерти. В-третьих, принятие смерти как «вида» медицинского лечения (боли, страдания) может оказаться

мощным препятствием на пути развития самого медицинского знания, которое постоянно стимулируется «борьбой со смертью».

Православный богослов В. И. Несмелов писал: «Ведь физическая смерть человека является не переходом в новую жизнь, **а последним моментом действительной жизни.** Этого рокового смысла смерти никогда и ни в каком случае не может изменить вера в бессмертие человеческого духа, потому что если по смерти человека дух его и будет существовать, то жить-то человеческой жизнью он все-таки не будет» ²⁵⁴.

Социальное предназначение медицины всегда заключалось в борьбе за **действительную человеческую жизнь.** «В самом деле, — писал о. Сергей Булгаков, — разве не может и не обязан человек исцелять болезни всякого рода и разве он этого не делает? **И разве уже исчерпаны все для этого возможности** или, напротив, они все более расширяются? Может ли далее это целительство, которое есть, конечно, борьба со смертью, хотя ее и не побеждающая, но все же отдаляющая, остановиться перед тем, чтобы не исторгать из когтей смерти ее **преждевременные жертвы?** » ²⁵⁵. В борьбе со смертью по сути дела заключается нравственная сверхзадача медицинской науки и врачевания. Постоянное стремление решить эту сверхзадачу, несмотря на ее неразрешимость, и последовательное сопротивление неизбежности смерти, всегда вызывало в обществе уважение и доверие к врачу. Сохранит ли медицина свои социальные позиции, когда система *здравоохранения* «породит» систему *смертеобеспечения* ? Не чреват ли отказ от последовательного исполнения принципа сохранения и поддержания жизни изменением моральных основ врачевания, от которых в немалой степени зависит результативность врачебной деятельности? Не обречены ли врачи, обеспечивая «достойную смерть» пациенту, на резкое умаление своего собственного достоинства, участвуя в сознательном убийстве пациента? Либеральные идеологи пытаются уйти от использования слова «убийство». Они даже утверждают, что действие, приводящее к смерти пациента по его просьбе и с его согласия, не может быть названо «убийством». Но как оно может быть названо? Симптоматично, что в языке, по крайней мере в русском, нет слова, обозначающего такое действие. Убийство остается убийством, сохраняя всю тяжесть преступления заповеди «не убий». А **эвтаназия, какие бы благовидные маски она ни принимала, была и остается превращен ной формой убийства и самоубийства одновременно.**

Социальное и юридическое признание эвтаназии не сможет освободить человечество от болезней и страданий. Но стать мощной и самостоятельной причиной роста самоубийств, и не только по мотиву физических страданий, может.

Библейское «не убий» неразрывно связано с отрицательным отношением христианства к самоубийству. Церковь говорит об обреченности самоубийцы на вечную гибель, отказывает им в погребении по христианскому обряду. Жесткость христианского отношения к самоубийству вообще, и к эвтаназии в частности, связана с **жизнеобеспечивающими основаниями социального бытия человека**. Даже такой противник христианства, как Ф. Ницше, признавал, что одна из причин социального признания христианства коренилась именно в его бескомпромиссной борьбе с «неуемной жаждой самоубийства, ставшей столь распространенной ко времени его (христианства — И. С.) возникновения»²⁵⁶.

Язычество, буддизм и атеизм «питали» эту жажду. Тит Ливий описывал то величавое спокойствие, с которым галльские и германские варвары кончали с собой. В языческой Дании войны считали позором закончить свои дни от болезни в постели. Известна история и готская «Скала предков», с которой бросались вниз немощные старики. Об испанских кельтах, презирающих старость, известно, что как только кельт вступал в возраст, следующий за полным физическим расцветом, он кончал жизнь самоубийством. Обычаи, которые предписывали престарелому или больному человеку покончить с собой, в случае их неисполнения, лишали его уважения, погребальных почестей и т. п. Это «свободное», на первый взгляд, действие было на самом деле достаточно жестко регламентировано в языческих сообществах. Исследуя явление самоубийства в древних культурах, Э. Дюркгейм приходит к выводу о его чрезвычайной распространенности, при этом на первом месте среди всех возможных мотивов самоубийства стоит самоубийство по причине преклонного возраста и болезней²⁵⁷.

В буддизме же, где отречение от жизни само по себе считается «образцовым», возрастные и физиологические «критерии» для самоубийства практически отсутствуют. Самоубийство в буддийской культуре является видом религиозного обряда, и это не удивительно, ибо высшее блаженство и желанная цель жизни находится вне этой жизни — в «небытии» (нирвана). Виды самоубийства, принятые в культурах Востока, различны. Их выбор зависит от конкретной секты, страны, эпохи. Это и голодная смерть, и утопление в водах «священных рек», и вспаривание своего живота собственными руками.

Атеизм — еще одна мировоззренческая система, находясь в рамках которой невозможно не признать правомерность самоубийства, если строго следовать ее исходным принципам и нормам. Среди них: человек создан для счастья, исполнения желаний, наслаждений и т. п., человек не должен страдать. В условиях невозможности их реализации трудно отказать человеку в праве на самоубийство.

Тем более, что человек — самодержавный властелин собственного тела. А его право на предельную самодетерминацию — высшая ценность атеистического мировоззрения. Принцип «прав человека» не содержит никаких препятствий, которые сдерживали бы людей от самоубийства. Современное атеистическое мировоззрение определяет себя как прогрессивное. Но в случае с «правом на достойную смерть» это прогрессивное «движение вперед» явно меняет свое направление, возвращаясь к языческим принципам «достоинства». Выход самоубийства с уровня более или менее часто повторяющихся индивидуальных случаев на уровень морально допустимой социальной практики может принять эпидемические параметры, особенно если принять во внимание известную всем культурам «заразительность» идеи самоубийства.

При этом нельзя не учитывать ту динамику, с которой возрастает число самоубийств в современном прогрессивном обществе. Э. Дюркгейм сообщает, что за 50 лет (2-й половины XIX века) оно возросло в три, четыре, даже пять раз, смотря по стране. Он полагает, что можно зафиксировать «связь между прогрессом просвещения и ростом числа самоубийств, что одно не может развиваться без другого» ²⁵⁸. Анализируя статистику самоубийств, он приходит к выводу, что общепринятые предполагаемые мотивы (нищета, семейное горе, ревность, пьянство, физические страдания, психические расстройства, отвращение к жизни и т. п.), которым приписывается самоубийство, «в действительности не являются его настоящими причинами» ²⁵⁹. К настоящим причинам, превращающим человека в добычу монстра самоубийства, Дюркгейм относит вполне определенные черты общества, а именно: состояние морального распада, дезорганизации, ослабление социальных связей человека, разрушение коллективного состояния сознания.

Христианское вероисповедание, утверждает Дюркгейм, а также иудаизм и ислам дают меньший процент самоубийств. «Католические кантоны, независимо от национальности их населения, дают в 4 или 5 раз меньше самоубийств, чем протестантские. Следовательно, влияние религии так велико, что превышает всякое другое» ²⁶⁰. При этом Дюркгейм объясняет это число не степенью интенсивности веры в Бога или бессмертие души. Определяющими оказываются два фактора: интенсивность

организации церковной коллективной жизни (в протестантизме она практически сведена к минимуму) и принцип автономии и личной свободы (в протестантизме он явно доминирует не только по отношению к индивидуальной мысли, но и по отношению к индивидуальной воле, к установившимся обычаям).

В 1925 году А. К. Горский и Н. А. Сетницкий в работе «Смертобожество» пришли к выводу, что «вообще же в вопросе о жизни и смерти возможно или совместное с жизнью наступление на смерть, или индифферентное отступление от жизни». Степень и мера отступления — различны в разные времена и в разных странах. Исторический же путь отступления схематично выглядит так: от Православия — католицизм; от Церкви — протестантизм; от Христа — мистика и рационализм; от религии — атеизм; от всякого долженствования — аморализм; от самой жизни — самоубийство. Постепенный отказ от общего дела человечества по борьбе со слепыми силами распада приводит к «окончательной стадии отступления», коей является «принципиально провозглашаемое индивидуальное или коллективное самоубийство как отказ от жизни» ²⁶¹.

Знаменательно, что ведущей причиной смертности населения России к 90-м годам становится смерть по причине самоубийства. Именно эта причина в общей структуре причин смертности выделяется значительным отрывом от смерти людей по причинам болезней разного рода. Согласно статистическим данным, потери от самоубийства выше, чем от болезней органов дыхания, чем от ишемической болезни сердца, и превосходят суммарные потери от инфекционных болезней, болезней нервной системы, болезней органов пищеварения и т. п. Среди групп причин преждевременной смерти — смерть по причине самоубийства, которая является наиболее значительным источником потерь населения России. Современное состояние российского общества является убедительным доказательством верности социологическим исследованиям Э. Дюркгейма, которые проводились задолго до того, как в России проявились последствия атеизма как государственной религии.

Не является ли современная либеральная борьба за социальное и юридическое признание эвтаназии если не формой «коллективного самоубийства», то, по крайней мере, формой влияния на человеческую волю, внушая человеку, что жить надо возможно меньше? Не призвано ли современное религиозное возрождение Православия в России если не остановить, то, по крайней мере, сдерживать натиск надвигающейся «духовной эпидемии» «рацио-гуманно-милосердных» форм (приемов) оправдания «права на достойную смерть»(?) и спасти, по крайней мере, своих чад? «Ибо восстанут лжехристы и

лжепророки, и дадут знамения и чудеса, чтобы прельстить, если возможно, и избранных, Вы же берегитесь» (Мк. 13, 22). Между словами Симеона Богоприимца «Ныне отпускаеши раба твоего, Владыко, по слову Твоему, с миром» (Лк. 2, 29) и требованием современного либерала «права на достойную смерть» — дистанция огромного размера. Речь идет, прежде всего, не об исторической, а о смысловой дистанции. Но именно история помогает нам понять происходящую в современной культуре подмену смысла «мирной и непостыдной» смерти «правом на достойную смерть». Сделать это не всегда просто. Как же отличить подлинное милосердие от либерального суррогата?

Подлинное милосердие и сострадание — всегда «по слову Твоему», либеральное — всегда по «праву на предельную самодетерминацию личности».

Общественно-церковный Совет по биомедицинской этике принял в 1999 году **Заявление «О современных тенденциях легализации эвтаназии в России»:**

«Возникновение проблемы эвтаназии в нашем обществе непосредственно связано с «мировоззренческим плюрализмом», признающим существование различных типов ценностных ориентаций, включая позицию, допускающую убийство и «право человека на смерть». По мнению сторонников легализации эвтаназии, это «право» должно быть защищено законом и включать соответствующее организационное обеспечение, используя возможности современной фармакологии и социального института здравоохранения. Церковно-общественный Совет по биомедицинской этике Московского Патриарха та считает необходимым в связи с этим заявить следующее. «Признавая ценность жизни каждого человека, его свободу и *достоинство* как уникальных свойств личности, созданной по образу и подобию Божию, православные священнослужители, ученые, врачи считают недопустимым реализацию любых попыток легализации **эвтаназии как действия по намеренному умерщвлению безнадежно больных людей**, рассматривая эвтаназию как особую форму убийства (по решению врачей или согласию родственников), либо самоубийства (по просьбе пациента), либо сочетание того и другого. Совет выступает против эвтаназии в любой форме, поскольку ее применение неизбежно приведет:

а) к криминализации медицины и к потере социального доверия к институту здравоохранения;

б) к поруганию бесценного дара человеческой жизни;

в) к умалению достоинства врача и извращению смысла его профессионального долга;

г) к снижению темпов развития медицинского знания, в частности, разработок методов реанимации, обезболивающих препаратов, средств для лечения неизлечимых заболеваний и т. п.;

д) к распространению в обществе принципов цинизма, нигилизма и нравственной деградации в целом, что неизбежно при отказе от соблюдения заповеди «не убий».

Квалифицированный врач должен учитывать, что просьба больного об ускорении его смерти может быть обусловлена состоянием депрессии, лишаящим его возможности правильно оценивать свое положение. Нельзя забывать и об особенностях человеческой личности, до последней минуты жизни обладающей свободой выбора и правом на изменение решения.

В свете этих факторов Совет считает эвтаназию неприемлемой в нравственном отношении и категорически возражает против рассмотрения законодательных проектов, пытающихся юридически оформить возможность ее применения и тем самым внедрить в общественное сознание допустимость убийства или самоубийства с помощью медицины».

5.3. Последнее право последней болезни или смерть как стадия жизни

Обязанность «лжесвидетельства» во имя обеспечения права смертельно больного человека на «неведение» всегда составляла особенность профессиональной врачебной этики в сравнении с общечеловеческой моралью. Основанием этой обязанности являются достаточно серьезные аргументы. Один из них — роль психоэмоционального фактора веры в возможность выздоровления, поддержание борьбы за жизнь, недопущение тяжелого душевного отчаяния. Известно, что «лжесвидетельство» по отношению к неизлечимым и умирающим больным было деонтологической нормой советской медицины. «В вопросах жизни и смерти советская медицина допускает единственный принцип: борьба за жизнь больного не прекращается до последней минуты. Долг каждого медицинского работника — свято выполнять этот гуманный принцип», — наставляли учебники по медицинской деонтологии ²⁶². Поскольку считалось, что страх смерти приближает смерть, ослабляя организм в его борьбе с болезнью, то сообщение истинного диагноза заболевания рассматривалось равнозначным смертному приговору. Однако известны случаи, когда «святая ложь» приносила больше вреда, чем пользы. Объективные

сомнения в благополучии исхода болезни вызывают у больного тревогу, недоверие к врачу, что является отрицательными психологическими факторами. Отношение и реакция на болезнь у больных различны, они зависят от эмоционально-психологического склада и от ценностно-мировоззренческой культуры пациента. Известно, что когда З. Фрейд узнал от врача, что у него рак, он прошептал: «Кто вам дал право говорить мне об этом?» Вопросы: можно ли открыть больному или родным диагноз, или надо сохранить его в тайне, или целесообразно сообщить больному менее травмирующий диагноз, какой должна быть мера правды — неизбежные и вечные вопросы профессиональной врачебной этики.

В настоящее время специалистам доступны многочисленные исследования психологии терминальных больных. Обращают на себя внимание работы доктора Е. Кюблер-Росс. Исследуя состояние пациентов, узнавших о своем смертельном недуге, доктор Е. Кюблер-Росс и ее коллеги пришли к созданию концепции «смерти как стадии роста». Схематично эта концепция представлена пятью стадиями, через которые проходит умирающий (как правило, неверующий человек). Первая стадия — «стадия отрицания» («нет, не я», «это не рак»); вторая — стадия «протест» («почему я»); третья — стадия «просьба об отсрочке» («еще не сейчас», «еще немного»), четвертая — стадия «депрессия» («да, это я умираю»), и последняя стадия — «принятие» («пусть будет»). Обращает на себя внимание стадия «принятия». По мнению специалистов, эмоционально-психологическое состояние больного на этой стадии принципиально меняется. К характеристикам этой стадии можно отнести такие высказывания некогда благополучных людей, как: «За последние три месяца я жила больше и лучше, чем за всю жизнь». Хирург Роберт Мак, больной неоперабельным раком легкого, описывая свои переживания — испуг, растерянность, отчаяние, в конце концов, утверждает: «Я счастливее, чем когда-либо был раньше. Эти дни теперь на самом деле самые хорошие дни моей жизни». Один протестантский священник, описывая свою терминальную болезнь, называет ее «счастливейшим временем моей жизни». В итоге доктор Елизавета Кюблер-Росс пишет, что «хотела бы, чтобы причиной ее смерти был рак; она не хочет лишиться периода роста личности, который приносит с собой терминальная болезнь»²⁶³. Эта позиция — результат осознания экзистенциальной драмы человеческого существования, которая заключается в том, что только «перед лицом смерти» человеку раскрывается новое знание — подлинный смысл жизни и смерти.

Результаты медико-психологических исследований оказываются в непротиворечивом согласии с христианским отношением к умирающему человеку.

Православие не приемлет принцип «лжесвидетельства» к умирающим верующим, религиозным людям. Эта ложь «лишает личность решающего итогового момента прожитой жизни и тем самым изменяет *condition humaine* не только жизни во времени, но и в вечности» 264. В рамках христианского миропонимания смерть — это дверь в пространство вечности. Смертельная болезнь — это чрезвычайно значимое событие в жизни, это подготовка к смерти и смирение со смертью, это покаяние и шанс вымолить грехи, это углубление в себя, это интенсивная духовная и молитвенная работа, это выход души в определенное качественное состояние, которое фиксируется в вечности. «Соккрытие от пациента информации о тяжелом состоянии под предлогом сохранения его душевного комфорта нередко лишает умирающего возможности сознательного приуготовления к кончине и духовного утешения, обретаемого через участие в Таинствах Церкви, а также омрачает недоверием его отношения с близкими и врачами» 265.

Право пациента на личный образ мира, и на свободу, и на самоопределение, несмотря на явное несоответствие того или иного выбора «принципу пользы», как бы очевиден он ни казался кому-то, является основанием доктрины «информированного согласия». Долг и ответственность врача в рамках этой доктрины понимается как долг перед свободой и достоинством человека и ответственность за сохранение ценности человеческой жизни, «вытекающей из высокого богосыновьего сана человека» 266.

5.4. Информированное согласие: от процедуры к доктрине

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Всемирная медицинская ассоциация (ВМА), признавая сосуществование различных этико-медицинских позиций и морально-мировоззренческих ориентаций, регулируют это сосуществование с помощью международных медико-этических кодексов и соглашений. Принципиальный характер по проблеме информированного согласия носят Лиссабонская Декларация о правах пациента (ВМА, 1981) и Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе (ВОЗ, 1994).

Утверждению принципа информированного согласия в системе отношений между врачом и пациентом в значительной степени соответствуют не только демократические процессы в современной культуре, но и объективные тенденции развития медицинского знания. Например, в границах «прогностической медицины» с помощью внутриутробной диагностики возможно определить предрасположенность человека к определенным заболеваниям. Как получить согласие на лечение при отсутствии у пациента

традиционных, например, болевых симптомов заболевания? Как должна обеспечиваться конфиденциальность? Какой должна быть процедура информирования?

Очевидно, что эти факторы, определяющие сегодня медицинское знание, актуализируют проблему «информации» и «согласия», превращая информированное согласие в форму взаимоотношения между врачом и пациентом, наиболее соответствующую происходящим в медицине изменениям.

Исторически понятие «информированное согласие» начало формироваться в ходе работы 1-го Военного Трибунала США в Германии, который наряду с Приговором по делу «медиков» в 1947 году подготовил документ, получивший название «Нюрнбергский Кодекс», который стал первым международным «Сводом правил о проведении экспериментов на людях». В пункте первом данного Кодекса впервые используется понятие «добровольное согласие» лица, вовлеченного в медицинский эксперимент. Впоследствии это понятие начинает использоваться в практике судопроизводства США и связывается с определенным порядком судебных разбирательств дел о возмещении вреда, причиненного небрежным лечением. В 50-60-х годах возникает сам термин *informed consent* и соответствующая ему практика признания обязанности врача сообщать пациенту о риске медицинского вмешательства, об альтернативных формах лечения, прежде чем он даст согласие на медицинское лечение. И если в 50-х годах информация носила профессиональный характер, то в 70-х годах для информации был введен «ориентированный на пациента» критерий (*patient-oriented*), согласно которому информация должна быть дана в общедоступной форме и включать три параметра: характеристику цели лечения, возможного риска и существующих альтернатив предлагаемому лечению. В судебной практике США информированное согласие в настоящее время является правовым критерием того, осуществлялась ли врачом забота о пациенте и в какой степени.

В качестве примера документирования информированного согласия, выполненного по американскому образцу, может быть рассмотрен формуляр «Основные сведения для пациента», использованный в Институте ревматологии (Санкт-Петербург) для исследования лекарственного препарата лечения поражений периферических артерий. Этот документ содержит семь пунктов:

1. Введение.

2. Почему проводится исследование эффективности пропинил-л-карнитина при артериальной недостаточности?

3. Угрожают ли мне какие-либо опасности?

4. Какая может быть польза от проведения исследования?

5. Как будет проводиться исследование?

6. Что от меня будет требоваться и буду ли я в чем-нибудь ограничен?

7. Гарантии конфиденциальности.

После ознакомления с этим документом пациенту предлагается заверить подписью «Письменное согласие на участие в исследовании» или «Устное согласие при свидетеле на участие в исследовании».

Принцип информированного согласия может быть рассмотрен как долго искомая и наконец найденная форма правовой защищенности больного, которая восстанавливает изначальное, естественное и фактическое неравенство в отношении врач-пациент. Пациент, не обладая, как правило, специальным медицинским знанием, заранее обречен на зависимость от врача, полагаясь на его профессионализм. С одной стороны этого неравенства — риск пациента, доверяющего врачу свое здоровье, достоинство, жизнь. С другой стороны, риск врача, незастрахованного от так называемых «врачебных ошибок», которые, правда, юридически квалифицируются как «ненаказуемое добросовестное заблуждение при отсутствии небрежности и халатности»²⁶⁷ или как «обстоятельство, смягчающее ответственность врача»²⁶⁸.

Своеобразной компенсацией этого «естественного неравенства» является обеспечение пациента полноценной правовой защитой. К ее основным формам относятся: право на согласие на медицинское вмешательство и отказ от него, право пациента на информацию о состоянии здоровья и обязанность врача и лечебного учреждения обеспечить это право. Чтобы лучше понять специфику информированного согласия, полезно для контраста вспомнить традиционный идеал (или «модель» в терминологии евро-американского опыта) взаимоотношения врача и пациента, который еще несколько десятков лет назад был идеалом и для евро-американской цивилизации. Идеал этот назывался «патернализм» (от лат. *pater* — отец). Эта «отцовская», или «родительская», модель предполагала тщательное изучение врачом состояния больного, выбор врачом для

каждого конкретного случая лечения, направленного на устранение боли и ее причин. Согласие больного на планируемое вмешательство определялось тем выбором методов лечения, который делал врач.

Одна из причин отступления от патернализма во второй половине XX века — это практически революционные изменения в медицинской науке, приведшие к принципиально новым возможностям воздействия и управления человеческой жизнью. Это отступление было особенно легким в США, где не существовало и не существует до сих пор юридического права на медицинское обслуживание, т. е. право на охрану здоровья не гарантируется государством (за исключением тех случаев, когда человек находится в острых, угрожающих жизни состояниях).

Принципиально другой — буквально патерналистский — принцип был положен в основу системы советского здравоохранения. Здесь «отцовская» власть государства в системе отношений «гражданин-государство» подкрепляла «родительский» авторитет врача в отношении «пациент-врач». Формулировалось это так: «Забота об охране здоровья населения постоянно находится в центре внимания Коммунистической партии Советского государства» 269. В качестве примера патернализма системы здравоохранения могут быть рассмотрены «Основы законодательства СССР и Союзных республик о здравоохранении», принятые VII сессией ВС СССР в 1969 году. В рамках этого закона «впервые в истории человечества был разработан и принят государственный кодекс здоровья». Основными принципами советского государственного здравоохранения, которые были узаконены, являлись: профилактика с проведением широких оздоровительных и санитарных мер по предупреждению возникновения и развития болезней, общедоступная, бесплатная медицинская помощь. Человек был включен в государственную систему здравоохранения, он обязывался к послушанию ей с момента рождения до момента смерти.

«Декларация прав и свобод человека и гражданина», принятая ВС РСФСР в 1991 году, означала вступление России в общий (для европейской культуры) процесс демократического выбора. Конституция РФ 1993 года в статье 42 и «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» закрепили право граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь. Все это объясняет достаточно болезненное принятие российским медицинским сообществом во многом непривычных для него, хотя и отработанных в евро-американском здравоохранении, принципов и норм

взаимоотношения между врачом и пациентом, центральное место среди которых занимает «информированное согласие».

В России понятие «информированное согласие» получает гражданство с момента принятия «Основ Законодательства РФ об охране здоровья граждан» (1993). Смысл, в котором используется это понятие в законе, раскрывается в IV разделе «Права граждан при оказании медико-социальной помощи». Во-первых, с помощью этого понятия фиксируется «согласие на медицинское вмешательство» (статья 32). Во-вторых, провозглашается право пациента на информацию о состоянии своего здоровья, «включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения» (статья 31).

В понятии «информированное согласие» в границах данного законодательства соединяется традиционное этико-медицинское правило о «согласии потерпевшего» на медицинское вмешательство, и новая законодательная регламентация обязанности врача информировать, и право пациента на информацию. Введение этой регламентации — одно из принципиальных новшеств российского законодательства, свидетельствующее о движении российской медицины в направлении стандартов, действующих в евро-американской цивилизации, приближая, таким образом, столь необходимое для медицинского сообщества наличие единых стандартов.

Каковы же характеристики информированного согласия? Во-первых, предоставление больному полной информации о его заболевании. Во-вторых, компетентность и самоопределение пациента, выбор медицинского вмешательства, согласно его пониманию и представлениям. В-третьих, реализация врачом выбора больного с последовательным информированием о ходе и результатах диагностических процедур и лечения.

Особенностью информированного согласия является не только допускаемое противоречие между объективными медицинскими показаниями и пожеланиями больного, но и принцип принятия субъективного решения пациента, иногда с заведомо необъективными основаниями. В связи с этим роль врача в системе взаимоотношений по типу «информированное согласие» заключается в решении трех задач. Первое — это подготовка и подача информации, которая должна привести пациента к выбору верного решения и при этом свободна от элементов принуждения и манипуляции. Второе —

признание автономного решения пациента. Третье — добросовестное осуществление лечения, выбранного пациентом.

На какие положительные особенности следует обратить внимание? Прежде всего, информированное согласие направлено на преодоление навязывания пациенту воли и представлений врача о методе лечения и защиту пациента от экспериментально-испытательных намерений специалиста. Далее, информационная модель, отражающая сегодняшнюю специализированность медицинского знания, предполагает предоставление информации высокопрофессионального качества.

И, наконец, информированное согласие реализует принцип автономии больного, подчеркивая не только его определенный правовой статус пациента, в границах которого должно осуществляться лечение, но и право пациента на решение, соответствующее его собственным ценностям и представлениям о жизни и смерти. Концепция информированного согласия не свободна и от недостатков. С точки зрения многих специалистов, некомпетентность больного делает информационную модель некорректной и «бесплодной». Вызывает сомнение и приоритетная роль некомпетентного пациента в принятии решения. Роли пациента и врача должны быть уравнены, и это, прежде всего в интересах самого пациента, принимающего на себя всю тяжесть ответственности за свою некомпетентность. К недостаткам можно отнести и определенную отчужденность, возникающую между врачом и пациентом при таком типе отношений, что не способствует преодолению препятствий во взаимопонимании. Этим наносится немалый урон достижению психологического дружественного контакта, тому «лечебному альянсу», от которого в значительной степени зависит успешность лечения. Необходимо отметить, что сфера влияния модели информированного согласия не должна распространяться на решение вопросов, связанных с эвтаназией. Помимо перечисленных возражений, при детальном приближении к проблеме оказывается, что принцип информированного согласия не обеспечивает в полной мере правовую защищенность больного.

Действительно, любое лечение, проведенное при отсутствии информированного согласия, оценивается как противоправное, и если оно повлекло за собой вред, то вопрос о получении возмещения решается однозначно. Ситуация осложняется, когда при соблюдении обязательств предоставления пациенту необходимой информации и при получении согласия вред все же наступает. В этом случае «информированное согласие»

становится формой обеспечения правовой защищенности врача, значительно ослабляя при этом правовые позиции пациента.

В данной ситуации истец-пациент встает перед задачей доказать связь между лечением и наступившим вредом вне границ информированного согласия или перед задачей раскрытия «недоброкачества», «недостаточности», «неполноты информации», и в этом случае его согласие, выраженное и в устной, и в письменной форме, теряет свое значение.

За формально-казуистическим характером анализа различных ситуаций, связанных с реализацией «информированного согласия», за перечислением его положительных или отрицательных сторон, видны изменения в формообразующем принципе взаимоотношения врача и пациента. В определенном смысле можно говорить, если не о смене традиционного формообразующего принципа, коим на протяжении длительной истории врачевания являлся патернализм, то о существенном дополнении его доктриной информированного согласия.

5.5. Этические проблемы трансплантологии

В. В. Розанов утверждал: «Смерть также метафизична, как и зачатие». Для религиозного сознания — это очевидно. Для антропоцентризма данное суждение приобретает смысл лишь в конкретных ситуациях. Одна из таких ситуаций — стремительный выход трансплантации на уровень массовой практики и столь же стремительный рост деклараций и документов этического характера, принимаемых профессиональными ассоциациями, инструкций и новых законов, которые разрабатывает и предлагает современное право и принимают современные государства Европы и Америки, Азии и Африки. В 1992 году в России также начинает действовать специально разработанный Закон РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека».

Нельзя не обратить внимание, что даже такие выдающиеся открытия, как изобретение, например, шприца и игл, или использование рентгеновского излучения, или открытия микробиологии и бактериологии, и даже формирование «эры антибиотиков», не сопровождались созданием и принятием новых законодательных актов. Это свидетельствует о том, что выход трансплантации на уровень «физического» управления смертью человека является не узкоспециальным, частным медицинским вопросом, но серьезной социокультурной проблемой. В чем заключается это «физическое» управление? Физиологии, философии и религии давно известно, что естественная смерть есть не

мгновенный акт, а относительно длительный процесс. Биологическая смерть определяется как «состояние необратимой гибели организма» и традиционно исчисляется единством трех признаков: прекращением сердечной деятельности (исчезновение пульса на крупных артериях; прекращение биоэлектрической активности сердца); прекращением дыхания; исчезновением всех функций центральной нервной системы. В 1959 году французские невропатологи П. Моллар и М. Гулон описали состояние запредельной комы, что было началом становления концепции «смерти мозга».

В течение 20 лет вопрос о тождестве понятий «биологическая смерть» и «смерть мозга» не стоял. В 80-е годы под влиянием целей и задач трансплантологии начинается процесс сближения этих понятий. Н. В. Тарабарко констатирует, что в 80-х годах «концепция смерти мозга как биологической смерти индивидуума **применительно к задачам** трансплантации была законодательно закреплена во многих странах» ²⁷⁰. В России еще в 1984 году Большая Медицинская Энциклопедия фиксировала: «Понятие **«смерть мозга»** не идентично понятию «биологическая смерть», хотя наступление биологической смерти в этих случаях неизбежно» ²⁷¹.

Но уже в 1993 году в Приложении к Приказу Минздрава РФ от 10.08.93 № 189 — Инструкции по констатации смерти мозга человека на основании диагноза смерти мозга — говорится: «Смерть мозга эквивалентна смерти человека» ²⁷².

Трудно не согласиться с конкретной оценкой подобного и весьма условного отождествления, как с «исключительно прагматической констатацией конца жизни» ²⁷³. Если общество принимает «прагматическую смерть мозга», то нет оснований не придерживаться аналогичной логике и при решении вопроса об искусственном поддержании умершего в его жизненных функциях до тех пор, пока его органы не станут необходимы, и лишь после «забора» или «изъятия» (опять же искусственно) обеспечить смерть, теперь уже биологическую. «Прагматический» исход трансплантации в значительной степени способствует формированию у медицины, наряду с традиционно здравоохранительной, новой функции — смертеобеспечения. А это, в свою очередь, равнозначно принципиальной переоценке отношения общества к медицине и здравоохранению, пациента к врачу, переосмыслению традиционного социального **доверия** к этической безупречности врачевания.

В настоящее время трансплантация — одно из направлений практического здравоохранения. По данным IX Всемирного конгресса трансплантологов (1982),

пересажено сотни сердец (723), десятки тысяч почек (64000) и т. д. Пока трансплантологические операции исчислялись единицами и носили экспериментальный характер, они вызывали удивление и даже одобрение. 1967 год — год, когда К.Бернардом была произведена первая в мире пересадка сердца. За ней в течение 1968 года была произведена еще 101 подобная операция. Эти годы называли в прессе временем «трансплантационной эйфории». Она была вызвана не только профессиональной уникальностью подобных операций. Пересадка сердца, как никакое другое достижение современной культуры, с особой остротой поставила перед ней блок философско-антропологических проблем: что такое человек? что определяет личность? в чем заключается человеческая самоидентичность?

Расширение практики трансплантологии не снимает антропологическую «остроту» и сопровождается усилением этико-правовой напряженности вокруг этого вида медицинской деятельности. Среди многочисленных видов и подвидов морально-этических вопросов, которые сопровождают буквально каждую трансплантологическую операцию, можно выделить следующие: можно ли говорить о сохранении права человека на свое тело после смерти? каков морально-этический статус умершего человека? возможно ли научно обоснованное донорство? морально ли продление жизни одних людей за счет других? обладает ли смерть этическим смыслом? Один из способов нахождения ответов на эти вопросы заключается в обращении к истории трансплантации.

История трансплантации

Историки медицины не случайно выделяют в истории трансплантации начало собственно научной трансплантации, датируя его XIX веком. Первые исследования по проблемам трансплантации историки медицины связывают с итальянским доктором Г. Баронио, немецким врачом Ф.Райзиндером. Особое внимание уделяется деятельности по созданию костно-пластической хирургии Н. И. Пирогова. Нельзя не упомянуть и о первой диссертации П. Берта (1865) на тему «О трансплантации тканей у животных». Исследователи Е. К. Азаренко и С. А. Позднякова разделяют развитие трансплантологии на два этапа. На первом этапе трансплантация предполагала удаление хирургическим путем патологических изменений тканей и аутопластику. Второй этап связан с собственно «гомотрансплантацией», т. е. заменой утратившего функциональность органа новым (будь-то почка, сердце, легкие). Значимыми вехами второго этапа являются экспериментальные пересадки почки А. Карреля; первая ксенотрансплантация почки (от свиньи) Е. Ульмана (1902); первая в мире пересадка кадаверной почки (от трупа так

называемая аллотрансплантация) Ю.Вороным (1931); первая имплантация искусственного сердца В. П. Демиховым (1937); первые успешные пересадки почки от живых доноров в клинике Д. Хьюма (1952); разработка действующей модели искусственного сердца для клинических целей У. Колффом и Т. Акуцу (1957); первая в России успешная пересадка почки в клинике Б. Петровским (1965); первая в мире пересадка сердца от человека к человеку К. Бернардом (1967); публикация «гарвардских» критериев «смерти мозга» (1967); организация Евротрансплантата В. Роодом для обмена органами по тестам гистологической совместимости (1967); создание НИИ трансплантации органов и тканей АМН СССР Г. Соловьевым (1967); первая в России успешная пересадка сердца в клинике В.Шумаковым (1986); принятие Верховным Советом РФ Закона «О трансплантации органов и (или) тканей человека» (1992).

Выделение истории **научной** трансплантации означает признание существования трансплантации «ненаучной», или точнее, донаучной. Ведущей идеей донаучной трансплантации, которая остается значимой и для современной медицины, является идея «переноса жизни». В древних языческих культурах за субстанцию жизни принималась кровь. Возникновение болезни связывали с ослаблением жизненных сил в крови, и поддержание этих сил осуществлялось с помощью вливания «здоровой крови». История врачевания и знахарства полна историями переливания крови от животных, младенцев — людям пожилого возраста с целью достижения омоложения. У Овидия Медея именно так, переливая Эсону кровь, возвращает ему юность. Гиппократ полагал, что употребление, например, злым человеком крови овцы может изменить душевные свойства человека ²⁷⁴.

Мифоидеологическое явление вампиризма с его ритуально-сакральны манипуляциями с кровью послужили основанием для практически 100-летнего запрещения Ватиканом любых форм переливания крови. Одно несомненно: переливание крови как научный метод возникает из магии крови ²⁷⁵. Весьма характерно в связи с этим суждение доктора И. Т. Спасского, который в 1834 году, принимая участие в обсуждении метода переливания крови во время родов, писал: «Вводимая в сих случаях (потеря крови при родах) в вену кровь, вероятно, действует не столько своим количеством, сколько **живительными свойствами**, возбуждая деятельность сердца и кровеносных сосудов» ²⁷⁶.

Рассматривая историю трансплантации, мы не случайно останавливаемся на проблеме переливания крови. Переливание крови как обеспечение «переноса жизни» является логическим началом теории и практики пересадки органов и тканей. Но можно говорить не только о логической связи между трансплантацией и переливанием крови, но

и о связи конкретно-исторической. Исследователи В. Прозоровский, Л. Велишева, Е. Бурштейн, Ч. Гусейнов, И. Воронова, А. Сокольский, А. Ульянов констатировали: «Развитию современной проблемы трансплантации органов послужило оригинальное открытие русских хирургов — переливание трупной крови. Это явилось толчком к созданию первого советского законодательства о праве изъятия у трупов крови, костей, суставов, кровеносных сосудов и роговиц» ²⁷⁷. Первое в мире отделение по заготовке трупной крови в НИИ им. Н. В. Склифосовского стало прообразом «банка органов», созданного впоследствии в США. Опыт решения проблемы донорства в Советской России нельзя не учитывать при характеристике современного положения в области клинической трансплантации.

Этико-правовые принципы трансплантации человеческих органов.

С 1937 по 1992 годы в России действовало Постановление Совнаркома «О порядке проведения медицинских операций», согласно которому тела сограждан после смерти становились как бы собственностью государства и практически автоматически обслуживали «интересы науки и общества». Еще в 1980 году историки медицины констатировали: «Широкое применение в клинической практике кадаверных (трупных) тканей и органов составляет неоспоримый приоритет советской медицины» ²⁷⁸. Этот «приоритет» основывался на отрицании права человека распоряжаться своим телом после смерти, что является естественным следствием прагматическо-материалистического понимания человека. Согласно этой позиции, со смертью человека теряют силу и все его права, так как он перестает быть субъектом воли, права и требований (тем более, если он, в силу определенных исторических условий, не получил возможность стать субъектом права и при жизни).

В 1992 году законодательство России в сфере медицины было приведено в соответствие с принципами защиты прав и достоинства человека, разработанными Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). Основная позиция ВОЗ по вопросу о праве человека на свое тело после смерти сводится к признанию этого права по аналогии права человека распоряжаться своей собственностью после смерти.

Основываясь на рекомендациях ВОЗ Закон РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека» вводит презумпцию согласия (неиспрошенное согласие), согласно которой забор и использование органов из трупа осуществляется, если умерший при

жизни не высказывал возражений против этого, или если возражения не высказывают его родственники. Отсутствие выраженного отказа трактуется как согласие, т. е. каждый человек практически автоматически превращается в донора после смерти, если он не высказал своего отрицательного отношения к этому.

«Презумпция согласия» является одной из двух основных юридических моделей регулирования процедурой получения согласия на изъятие органов от умерших людей.

Второй моделью является так называемое «испрошенное согласие», которое означает, что до своей кончины умерший явно заявлял о своем согласии на изъятие органа, либо член семьи четко выражает согласие на изъятие в том случае, когда умерший не оставил подобного заявления. Доктрина «испрошенного согласия» предполагает определенное документальное подтверждение «согласия». Примером подобного документа являются «карточки донора», получаемые в США теми, кто высказывает свое согласие на донорство. Доктрина «испрошенного согласия» принята в законодательствах по здравоохранению США, Германии, Канаде, Франции, Италии. При этом специалисты полагают, что принцип «презумпция согласия» является более эффективным, т. е. более соответствует целям и интересам клинической трансплантации. Российские же трансплантологи считают, что «процесс получения согласия на изъятие органов по-прежнему является в нашей стране основным фактором, сдерживающим развитие (расширение) донорства» ²⁷⁹. Прямое обращение врачей к пациенту или его родственникам («испрошенное согласие») в силу культурно-исторических особенностей России, как правило, ответного движения не вызывает (одни исследователи называют это «недостаточной цивилизованностью», а другие — «нравственной чуткостью»). В то же время принятие врачом «решения о «неиспрошенном согласии» в условиях почти полной неинформированности населения по правовым вопросам органного донорства может иметь в дальнейшем негативные последствия для должностного лица со стороны родственников умершего» ²⁸⁰.

Тем не менее, в современной медицине продолжается процесс расширения показаний к различным видам пересадок, что является одним из объективных оснований того, что одной из устойчивых особенностей современного общества становится «дефицит донорских органов». Состояние «дефицита донорских органов» — это хроническое несоответствие между их «спросом» и «предложением». В любой момент времени приблизительно 8000-10000 человек ожидают донорский орган. Это заставляет специалистов-трансплантологов искать, определять и прокладывать «пути» к стабильным

источникам донорского материала. Один из путей приводит к необходимости определения «момента смерти», что значительно расширит, с точки зрения специалистов, возможности получения органов для трансплантации. Еще одним путем становится «ранняя констатация смерти мозга» и выявление «потенциальных доноров».

Эти два пути — движение в направлении к прагматическому отношению к смерти человека, с возможностью недопустимых для общества последствий, например, к утверждению прагматико-потребительного отношения к человеку, тело или части тела которого становятся объектом коммерческих сделок. С тенденциями коммерциализации трансплантации связан запрет на куплю-продажу органов и (или) тканей человека, зафиксированный в статье 1 Закона РФ «О трансплантации», что лишь свидетельствует о реальности этих процессов. Характерно, что сами трансплантологи на основании несложных расчетов приходят к выводу: «Приобретение и использование живых почек и роговиц оказывается значительно доходнее, чем промышленное предпринимательство»²⁸¹. Формой противостояния коммерциализации трансплантации является запрет на трансплантацию донорских органов от живых неродственных индивидуумов в Законе «О трансплантации».

Трансплантация органов от живых доноров не менее проблематична в этическом плане, чем превращение умершего человека в донора. Нравственно ли продлевать жизнь на какое-то время ценою ухудшения здоровья, сознательной травматизации и сокращения жизни здорового донора? Гуманная цель продления и спасения жизни реципиента теряет статус гуманности, когда средством ее достижения становится нанесение вреда жизни и здоровью донора. Не менее драматичными являются ситуации дефицита донорских органов.

Относительно проблемы выбора между получателями донорских органов российскими специалистами принимаются два общих правила. Одно из них гласит: «Приоритет распределения донорских органов не должен определяться выявлением преимущества отдельных групп и специальным финансированием».

Второе: «Донорские органы должны пересаживать наиболее оптимальному пациенту исключительно по медицинским (иммунологическим) показателям»²⁸².

Определенной гарантией справедливости при распределении донорских органов является включение реципиентов в трансплантологическую программу, которая формируется на базе «листа ожидания» регионального или межрегионального уровня.

Реципиенты получают равные права на соответствующего им донора в пределах этих программ, которыми предусмотрен также обмен донорскими трансплантатами между трансплантационными объединениями. Обеспечение «равных прав» реализуется через механизм выбора сугубо по медицинским показаниям, тяжестью состояния пациента-реципиента, показателям иммунологической или генотипической характеристик донора. К известным трансплантационным центрам относятся Евротрансплант, Франстрасплант, Скандиотрансплант, Норд-Италия-трансплант и др. Оценивая такую систему распределения органов как гарантию от всевозможных злоупотреблений, рекомендация по созданию «системы заготовки донорских органов на региональном или национальных уровнях» оценивается как одно из общих этических правил.

Либеральная позиция

Либеральная позиция сводится к оправданию, обоснованию, пропаганде трансплантации как нового направления в медицине. В качестве характерного примера либерального обоснования донорства может быть приведена концепция «физиологического коллективизма», разработанная в 20-е годы А. Богдановым, организатором первого в мире Института переливания крови ²⁸³. Согласно этой концепции, донорство — это не только новая этическая, но и социальная норма, а переливание крови — один из способов «братания людей» (буквального) и создания из отдельных индивидуумов общества как (опять же буквального) «единого социального организма».

Современные трансплантологи не создают утопических концепций, но стремятся выйти на уровень этических правил и норм своей деятельности. Различные формы рекомендаций и правил, которые принимают специалисты-трансплантологи в границах либеральной позиции, имеют своим фундаментальным основанием два принципа антропоцентризма. Первый касается натуралистическо-прагматического понимания человека, второй — конечности жизни (отрицания бессмертия души).

Расширение практики трансплантации либеральные идеологи связывают с преодолением «мифического отношения к сердцу, как вместилищу души» и символу человеческой идентичности, с преодолением отношения к смерти как «переходному состоянию». Они видят прямую связь между прогрессирующим развитием трансплантации и преодолением общественного психологического барьера в виде традиционно-религиозной культуры с ее системой ритуалов и отношением к смерти. Они

полагают, что успех трансплантологии возможен только в условиях «развитого и подготовленного общественного мнения, признающего безусловность гуманистических ценностей по всему кругу вопросов практики трансплантации органов»²⁸⁴. Среди безусловных гуманистических ценностей особо выделяются следующие три: «добровольность, альтруизм, независимость»²⁸⁵.

Особое место в либеральной биоэтике занимает понятие «анатомические дары». Подчеркивая «дарственность», т. е. безвозмездность «анатомических даров», либеральная биоэтика пытается преодолеть и исключить возможные экономические мотивы данного поступка. Включение любой формы экономического расчета означает потерю ценностно-значимого, нравственного статуса «дарения». Тем не менее, либеральная биоэтика представлена и попытками объединения «экономической выгоды» и «гуманности». Широко известен аргумент, что высокая цена органов, которую в состоянии заплатить предприниматели, обеспечит донорам стран «третьего мира» нормальный уровень жизни и спасет многих людей от голода. В ряду подобных аргументов оказывается и следующее суждение: «Не должна запрещаться оплата разумных расходов за медицинские услуги, связанные с предоставлением донорского органа (но не за орган)»²⁸⁶.

«Разумность расходов» и гуманность целей трансплантации могут не вызывать сомнений. Но средства ее реализации, предполагающие экономические отношения по типу «купли-продажи», включая и их превращенные формы («дарение»), с неизбежностью умаляют ее этический смысл. Кантовский критерий этичности — рассмотрение человека как «цели», а не как «средства» — несоразмерен с подобной экономической разумностью и целесообразностью. Именно кантовский критерий этичности положен в основание статьи 1 Закона РФ «О трансплантации», где четко оговорено: «Органы и (или) ткани человека не могут быть предметом купли-продажи».

В Предисловии «Руководству по трансплантологии» академик В. И. Шумаков ставит задачу организации «научно обоснованной пропаганды донорства»²⁸⁷. Такая постановка задачи, в контексте либерализма, чревата возможностью иметь своим следствием какой-нибудь новый вариант богдановского «физиологического коллективизма». Стремление науки научными средствами обосновать донорство не вполне корректно. Обоснование донорства — не задача науки, будь то физиология, биология, химия, генетика и т. п. Обоснование донорства — это задача этики, в том числе этики религиозной. Об этом свидетельствует все то же понятие «дарение органов», которое по сути дела представляет собой попытку трансформации традиционно-

религиозной идеи жертвы. Консервативная позиция Консервативная позиция менее всего склонна содействовать тому, чтобы современная российская наука вновь вставала на исхоженный советским атеизмом вдоль и поперек тупиковый путь противопоставления науки и веры. Сегодня естествознание получило возможность понять, что действительное различие между наукой и верой является условием их самоценности, и осознать, насколько произвольно и упрощенно их «воинственное» взаимоисключение. В православном Символе Веры утверждается вера в Воскресение мертвых. Вопрос, включает ли «оживление костей» воссозданию целостности тела, которое стало жертвой трансплантологической практики, является предметом веры. И какую бы научную форму не принимал атеизм, он также обречен всего лишь на веру, правда атеистическую, в невозможность Воскресения мертвых, так как никакими научными доказательствами атеизм не располагает, и располагать не может. Путь противопоставления одной веры другой — бесперспективен для сторонников и идеологов «научно обоснованного донорства». Реальные же возможности обоснования донорства заключены не в науке, а в самой религии.

Все мировые религии сохраняют почтительное отношение к телу покойного. К сожалению, понимание смерти в натуралистическо-материалистическом мировоззрении порождает весьма типичное к ней отношение. Оно проявляется, например, в следующей рекомендации врачам и сестрам, которые находятся в состоянии «эмоционального раздвоения» в своем восприятии человека с диагнозом смерти мозга как определенной личности: «В таких случаях надо четко осознавать: при смерти мозга пациент перестает быть человеческой индивидуальностью» ²⁸⁸.

Христианская позиция, которую ясно выразил профессор богословия В. И. Несмелов, исходит из того, что физическая смерть — не столько переход в новую жизнь, сколько «последний момент действительной жизни»²⁸⁹. Понимание смерти как пусть последней, но «стадии жизни», как «лично значимого события», отношение к которому — это область **человеколюбия**, область собственно нравственного отношения между человеком умершим и человеком живым, в частности, между умершим больным и врачом как субъектом нравственных отношений.

В христианстве мертвое тело остается пространством личности. Почтение к умершему непосредственно связано с уважением к живущему. Утрата почтения к умершему, в частности, нанесение повреждений телу, влечет за собой потерю уважения к живущему. Прагматическое использование трупов в медицине, как правило, влечет за

собой усиление потребительского отношения к человеку. Это проявляется в устойчивой и, к сожалению, неизбежной тенденции коммерциализации медицины. Закон Российской Федерации «О трансплантации органов и тканей» запрещает куплю-продажу человеческих органов и тканей, что как нельзя более убедительно свидетельствует о реальности подобных сделок, создавая при этом новый набор «мотивов» и для так называемых преднамеренных убийств, и для легализации производства поздних аборт как единственного «источника» фетальных тканей. Фетальные ткани — это человеческие эмбрионы, извлеченные в результате прерывания беременности на поздних сроках (16-22 недели). Появление Постановления Правительства РФ 1996 года о введении расширенного перечня социальных показаний для искусственного прерывания беременности сроком до 22 недель было связано со стремительным развитием такого вида трансплантации, как фетальная, использующая зародышевые ткани человека. По данным директора Международного института биологической медицины проф. Г. Т. Сухих, в его институте «собран самый крупный в мире банк фетальных тканей» ²⁹⁰. Этот самый крупный в мире сбор — результат опережающего все мировые показатели количества аборт, в том числе и поздних сроков беременности, производимых в России. Новые «возможности» и методики новы, прежде всего, тем, что работают вне каких-либо границ, определяемых традиционной моралью и этикой.

Архиерейский Собор 2000 года подтвердил отрицательное отношение к фетальной терапии православной общественности и Церковно-общественного Совета по биомедицинской этике: «Безусловно недопустимым Церковь считает употребление методов так называемой фетальной терапии, в основе которой лежат изъятие и использование тканей и органов человеческих зародышей, абортированных на разных стадиях развития, для попыток лечения различных заболеваний и «омоложения» организма. Осуждая аборт как смертный грех, Церковь не может найти ему оправдания и в том случае, если от уничтожения зачатой человеческой жизни некто, возможно, будет получать пользу для здоровья. Неизбежно способствуя еще более широкому распространению и коммерциализации аборт, такая практика (даже если ее эффективность, в настоящее время гипотетическая, была бы научно доказана) являет пример вопиющей безнравственности и носит преступный характер» ²⁹¹.

Перечисленные «явления» вопиют о том, что даже такая фундаментальная цель, как лечение и спасение человеческой жизни, требует обеспечения множества условий, среди которых — свобода и добровольность, т. е. ценности, которые неотделимы от самопожертвования. «...Посмертное донорство органов и тканей может стать проявлением

любви, простирающейся и по ту сторону смерти. Такого рода дарение или завещание не может считаться обязанностью человека. Поэтому добровольное прижизненное согласие донора является условием правомерности и нравственной приемлемости трансплантации. В случае если волеизъявление потенциального донора неизвестно врачам, они должны выяснить волю умирающего или умершего человека, обратившись при необходимости к его родственникам. Так называемую презумпцию согласия потенциального донора на изъятие органов и тканей его тела, закрепленную в законодательстве ряда стран, Церковь считает недопустимым нарушением свободы человека.

Донорские органы и ткани усваиваются воспринимающему их человеку (реципиенту), включаясь в сферу его личностного душевно-телесного единства. Поэтому ни при каких обстоятельствах не может быть нравственно оправдана такая трансплантация, которая способна повлечь за собой угрозу для идентичности реципиента, затрагивая его уникальность как личности и как представителя рода. Об этом условии особенно важно помнить при решении вопросов, связанных с пересадкой тканей и органов животного происхождения» ²⁹².

В православной этической традиции никогда не шла речь о том, что нельзя жертвовать собою во имя спасения жизни человека. Напротив, *«нет больше той любви, как если кто положит душу свою за друзей своих»* (Ин. 15, 13). Сама жертвенная смерть Спасителя является неоспоримым свидетельством этической ценности самопожертвования. Но самопожертвование как сознательное и добровольное действие человека исключает любое воздействие внушения и насилия. Определенным видом нравственного «насилия», с нашей точки зрения, может стать превращение человеческой способности к жертвенности в обязательную норму, или жесткое правило, или новый критерий гуманности. Практика трансплантации органов вышла сегодня из узко-экспериментальных рамок на уровень обычной медицинской отрасли. Найти, понять и принять меру сотворчества Бога и человека в спасении жизни — это действительно непростая задача разумного отношения к этическим проблемам трансплантации. Но путь разума, и особенно разума нравственного, не исключает, а, напротив, предполагает и запреты, и самоограничение. Для религиозной нравственной философии, очевидно, что все разумное имеет свои пределы, беспредельны только глупость и безумие.

Глава 6. Идея справедливости в здравоохранении и медицине

Нравственная идея справедливости — одна из основных идей, регулирующих человеческие отношения. Известный современный исследователь проблемы справедливости Дж. Роулс полагает, что справедливость — первая добродетель социального института ²⁹³. Эта оценка традиционна для культуры. Еще Платон в «Законах», рассуждая о социальной жизни, именно в идее справедливости видел одно из оснований ее благоустройства ²⁹⁴.

Аристотель в «Большой этике» выделял два рода справедливого. Во-первых, «справедливое — это то, что велит делать закон». Во-вторых, «справедливое, по отношению к другому, есть, собственно говоря, равенство» ²⁹⁵. Идея справедливости во всех перечисленных смыслах имеет непреходящее значение для медицинской практики. С одной стороны, она непосредственно связана с системой государственно-правовых гарантий в области охраны здоровья граждан, с идеей права человека на жизнь, а с другой — является основанием нравственной культуры врача, милосердия и гуманного отношения к больному, независимо от его экономического положения и социального статуса.

6.1. Идея справедливости и формы организации здравоохранения

Вопрос о том, как должна быть организована охрана здоровья граждан в стране, относится не только к компетенции медицинского сообщества. Решение этого вопроса связано с рядом объективных факторов, определяющих в значительной степени и позицию самого медицинского сообщества. К ним относятся и форма государственного правления, и исторические особенности, морально - мировоззренческие традиции общества или страны, уровень ее экономического развития и т. п.

В современной культуре сосуществуют такие формы организации медицинской помощи, как платная (частная) медицина, добровольное (частное, коммерческое) медицинское страхование, обязательное (всеобщее) медицинское страхование и национально-государственная система здравоохранения. В наши задачи не входит детальный анализ принципов их работы, сравнение их эффективности и результативности. Это проблема специалистов — организаторов здравоохранения.

В поле нашего внимания — нравственная идея справедливости, ее различные смыслы и их регулятивная связь с процессами в современном здравоохранении.

Одним из современных критериев оценки благополучия общества (или государства) является то, в состоянии ли оно и каким образом оно обеспечивает охрану здоровья своим гражданам. Принцип справедливости в здравоохранении сегодня, с одной стороны, непосредственно связан с правом человека на охрану здоровья в рамках социального института здравоохранения и, с другой стороны, является основанием оценки достигнутого уровня социальной защиты человека в данном обществе в области здравоохранения.

История XX века свидетельствует о том, что устойчивой тенденцией является вытеснение платной медицины системами обязательного медицинского страхования и национально-государственного здравоохранения, обнаруживает, что нравственная идея справедливости, проникнув в область здравоохранения, сделала в ней значительные завоевания. Так, например, переход от страховой медицины к национальным системам здравоохранения происходит в Италии, Португалии, переход к обязательному (всеобщему, национальному) медицинскому страхованию от добровольного (частного, коммерческого) страхования происходит в США, Южной Корее, на Кипре, в Израиле, в Нидерландах. В 1985 году в Испании было принято решение о почти 100% охвате населения медицинской помощью против 85% имеющегося. Другие страны — Великобритания, Германия, Франция, Бельгия, страны Северной Европы — сохраняют действующие у них системы национально-государственного здравоохранения и обязательного медицинского страхования, внося определенные изменения. Для развивающихся стран более характерна ориентация на всеобщее обязательное медицинское страхование на основе государственного управления. Однако эти процессы не должны заслонять собой всю неоднозначность и сложность решения проблемы справедливости в здравоохранении.

6.2. Справедливость как неравенство и частная медицина

Исторически первой формой организации медицинской помощи была система платной (частной) медицины, в режиме которой медицинская помощь является привилегией тех слоев общества, которые в состоянии оплатить медицинские услуги. Такая форма находится в соответствии с пониманием справедливости как воздаяния «лучшим» «лучшего». Уже в античной цивилизации было очевидно, что «всякая власть издает законы сообразно с ее пользой и объявляет их справедливыми»²⁹⁶. **Объективное основание** подобной справедливости усматривалось в согласии с природой. В платоновском «Горгии» софист Каллкл говорит: «Сама природа... провозглашает, что это

справедливо; когда лучший выше худшего, и сильный выше слабого. Что это так, видно во всем и повсюду и у животных, и у людей, — если взглянуть на города и народы в целом, — видно, что признак справедливости таков: сильный повелевает слабым, и стоит выше слабого» ²⁹⁷.

Такое понимание справедливости было близко и древним восточным культурам.

Интересно, что слово «справедливость» отсутствовало в санскрите, в древних китайских и корейских языках. А в Новое время в восточных этических системах понятие справедливость лишено смысла социального равенства и понимается не как способ уравнивать шансы членов общества, а как «воздаяние должного». Современный индийский философ Дая Кришна считает ошибочным убеждение в том, что «равенство достигается сведением к минимуму неравенства людей». Более того, по его мнению, «сама попытка устранения неравенства обречена на провал не только потому, что многообразие является самой природой реальности, но и потому, что такая попытка сопряжена с насильственным уравниванием неравных, а это влечет за собой неравенство между теми, кто принуждает, и теми, кого принуждают» ²⁹⁸.

Оправдание справедливости как неравенства достаточно распространено. Оно сохраняет свое влияние и в современной медицине и используется для обоснования моральной приемлемости платной (частной) медицины. Современной разновидностью такой интерпретации проблемы справедливости является либертарианское направление (Роберт Нозик), согласно которому «налогообложение, которое перераспределяет доходы в пользу социальных неудачников, является разновидностью воровства», а государственные программы всеобщего здравоохранения являются разновидностью социальной несправедливости, так как предполагает насильственное перераспределение честно заработанной собственности, от которого выигрывает главным образом государственная бюрократия. Это рыночно-ориентированное понимание справедливости отрицает какое-либо специальное право на здравоохранение и полагает, что государство, берущее на себя функцию перераспределения доходов в пользу тех, кто не может оплатить медицинские услуги, нарушает базовое цивилизационное право собственности и личной свободы. Такое понимание справедливости весьма укоренено в США. Духовно-практическим основанием этой укорененности является этика прагматизма и утилитаризма, которая уже более 100 лет формирует «менталитет» американской культуры. «Живой авторитет» современного прагматизма Р. Рорти утверждает: «Мы должны избавиться от понятия универсальных моральных обязательств» ²⁹⁹.

Согласно утилитаризму, говоря о справедливости, не следует исходить из первичности ее теоретического определения. Все решает действие, практика и ее результат, либо умножающий пользу, либо нет. Нельзя судить о справедливости или несправедливости равенства или неравенства как таковых. Можно констатировать возрастание благополучия и на этом основании определять справедливость. Судить, хороша или плоха система здравоохранения, мы можем только на основе оценки ее эффективности, которая проявляется в параметрах заболеваемости, смертности, продолжительности жизни, а не в теоретической противоречивости понимания справедливости как неравенства. Согласно же статистике, в конце 70-х годов население большинства экономически развитых стран, включая США, было удовлетворено уровнем оказания медицинской помощи.

Тем не менее, не секрет, что в последние годы в этой стране проблема справедливости в здравоохранении ставится с особой остротой и в настоящее время оценивается американскими специалистами в качестве основной проблемы американской биоэтики. Отвечая на вопрос, чем определяется эта острота, нельзя не вспомнить известный диалектический принцип: «Равенство существует лишь в рамках противоположности к неравенству, справедливость — лишь в рамках противоположности к несправедливости»³⁰⁰.

В значительной степени роль проблемы справедливости в американской биоэтике определяется возрастающим осознанием различия между существующей в США системой и идеологией здравоохранения, с одной стороны, и основными тенденциями развития здравоохранения в мире, с другой. Эти тенденции соответствуют все более укрепляющемуся в мировом сообществе пониманию того, что нельзя считать справедливой систему здравоохранения, если она не обеспечивает доступной медицинской помощью всех, кто в ней нуждается.

Действительно, известно, что система частного (коммерческого) страхования делает недоступной медицинскую помощь для 37 миллионов американцев, которые не могут купить страховой полис по причине его высокой стоимости. Еще 20 миллионов человек имеют ограниченное страхование (только на госпитализацию). Число незастрахованных в 80-х годах возросло на 20% по сравнению с 70-ми годами. Среди незастрахованных много молодежи. В 1987 году около половины — лица моложе 25 лет, более 28% — лица моложе 18 лет. Согласно данным из заключительного доклада двухпартийной комиссии Конгресса США о состоянии страховой медицины,

опубликованного в сентябре 1990 года, большинство незастрахованных прямо или частично заняты в производстве. Три четверти незастрахованных составляют работающие и члены их семей.

Незастрахованных рабочих имеют фирмы всех размеров, но этот недостаток характерен особенно для малых фирм. В 1987 году почти третья часть работающих на малых предприятиях (численностью менее 25 человек) не были застрахованы. Учитывая высокую занятость населения на работе в малых фирмах (33,4 млн.человек), проблемы страхования этой группы работающих составляют предмет озабоченности общества 301. Программа государственного страхования Медикер, пытаясь обеспечить медицинской помощью миллионы пожилых людей, покрывает лишь 40% их затрат, резко ограничивая возможность и своевременность ее получения. Обеспечение страхования здоровья бедных в масштабе всей страны составляет содержание программы Медикейд, осуществляемой на средства как государства, так и штатов. Но она может обеспечить лишь часть бедных слоев населения Америки. В 1987 году программа оказывала помощь лишь 44% тех, чьи доходы ниже черты бедности. Даже среди очень бедных (семейный бюджет которых ниже 25% уровня бедности) каждый четвертый не получал медицинской помощи ни от Медикейд, ни от какой-либо другой программы.

Оценивая эту ситуацию как несправедливую, некоторые исследователи (например, Норман Даниэль) основываются на теории справедливости Джона Роулса, ставшей в последние годы весьма популярной в США. Согласно Роулсу, справедливость, т. е. согласование притязаний и конкурирующих интересов членов общества, может быть достигнут о при последовательном соблюдении трех принципов: принципа равной свободы каждой личности, принципа равных возможностей и принципа различия (дифференциации).

Принципы равной свободы и равенства возможностей допускают справедливость неравенства в доступности и качестве медицинских услуг, что является естественным следствием честной конкуренции равносвободных и обладающих равными возможностями граждан. Принцип различия лежит в основе обоснования равенства в праве получения доли ресурсов общества, в нашем случае, праве каждого на минимум медицинской помощи для каждого человека.

Необходимость сбалансировать различные интересы и притязания граждан требует выверить эгоизм властвующей элиты, создающей законы, которые, как было известно уже

Платону, «имеют целью пользу уже установившегося правления». Средствами этой выверки становятся беспристрастность и честность «позиции первоначального состояния». Выйти на уровень этой позиции, с точки зрения Роулса, может помочь специальная процедура — проведение интеллектуального эксперимента последовательного освобождения себя от занимаемой должности, материального положения, и т. п. до «естественного состояния равенства». Эта своеобразная социальная редукция приводит к состоянию признания принципа максимизации минимума благ, которые должны получать все граждане. К этим благам, с точки зрения Н.Даниэля, относится и здравоохранение, так как оно обеспечивает условия равных возможностей и, следовательно, гарантирует реализацию идеи справедливости в культуре.

Концепция Роулса отличается от утилитаризма тем, что определяющим в оценке конкретной ситуации становится не практическое основание, а рациональные принципы, имеющие ценность сами по себе. Их ценность заключается в том, что они могут быть поняты, оправданы и приняты любым рациональным существом. Метод социальной редукции, к которому прибегает Роулс, обнаруживает, что его позиция, исходящая в итоге из личных интересов индивида, воспроизводит индивидуалистический тип морального сознания, столь характерный и для современной культуры, и для культур прошедших времен. Но уже в древности возникает и другое понимание справедливости, также сохраняющее работоспособность и в современной культуре.

6.3. Справедливость как равенство в праве на милосердие и общественные системы здравоохранения

Со становлением христианской культуры связано формирование представления о справедливости как требования не только к индивиду (в том числе и как субъекту власти), но и к общественным отношениям и обществу в целом.

Первичным основанием этой требовательности становится не интерес индивида, и не закон как результат соглашения индивидов. Согласно св. Иустину Философу (II век н. э.) «Бог установил то, что всегда и везде является справедливым». Он создал человека свободным и дал ему разум, чтобы избирать истину и поступать справедливо³⁰². Такому пониманию справедливости соответствует этимологический состав этого слова в русском языке как сочетания приставки «со» и корня «правда», близкому по смыслу к понятию «закон». Именно эта смысловая линия порождает слова «праведный», «праведник», связывая «справедливое» с «правильным» не только в области нравственного, но и

рационально-теоретического сознания вообще. Так, понятие «закон» в христианской традиции оказывается связанным с нравственным содержанием.

Григорий Нисский писал: «Бог есть любовь и источник любви: Божественный Творец запечатлел эту черту и на нашем лице»³⁰³. Понятия «закон», «правда», наполненные человеколюбием и милостивостью, превращают справедливость в то, что сообразно человеколюбию.

Одна из форм справедливости как милосердия осуществляется в организации помощи больным. Не случайно, первая модель социального института здравоохранения как деятельного проявления справедливости была реализована в христианских монастырях. Первый лазарет в европейской истории основывает христианский епископ Нонн в 457 году в городе Эдессе. Характерно, что само понятие «лазарет» христианского происхождения. Оно непосредственно связано с евангельской притчей об исцелении Лазаря. В дальнейшем формируются монастыри, специально предназначенные для ухода за больными и нуждающимися. «Наряду с многочисленными орденами прежнего направления в XI-XIII веках возникают ордена госпитальеров («странноприимные»), рыцарские ордена и женские монастыри, посвящающие себя всецело уходу за ранеными и больными, т. е. делам милосердия»³⁰⁴. Это — орден госпитальеров св. Антония, основанный в 1095 году в Дофине рыцарем Гастоном, посвятившим себя заботам о больных; орден иерусалимских госпитальеров св. Иоанна, или иоаннитов, с деятельностью которых современные словари иностранных слов связывают происхождение слова «госпиталь»; понятие «сестры милосердия» связано с названием ордена «Сестры милосердия», основанного в 1633 году во Франции Винцентом де Полем.

Традиционно и в России монастыри были не только духовными, но и телесными лечебницами. Как свидетельствует Н. А. Богоявленский, «построенная еще при Сергии (Радонежском — И. С.) в XIV веке больница (в 71 км к северу от Москвы) впоследствии приобрела значение образца монастырского больничного уклада для всех монастырских больниц»³⁰⁵. Эти организации как деятельное и бескорыстное проявление справедливости и милосердия становятся «первообразом» той модели здравоохранения, которая в дальнейшем получила название общественного здравоохранения (в таких его формах как обязательное медицинское страхование, государственное или национальное здравоохранение).

Христианские лечебницы как «образцы» общественного здравоохранения в XI-XVII веках представляли собой попытки реализовать, воплотить нравственный идеал социальной

справедливости как равенства в праве на милосердие, разительно отличаясь от существующей социальной действительности. «Но именно здесь, в этом противопоставлении идеала действительности, долженствования существующему и заключается способность морального сознания проникать сквозь завесу внешних явлений в сущностные определения человека как субъекта истории. Сколь бы ни был далек путь от формирования нравственного требования до формирования условий его практического осуществления, от постановки человеческой проблемы до ее реального решения, само это противостояние долженствования и действительности указывает путь прогрессивного движения истории, такого ее движения, которое является самоутверждением человека»
306.

«Путь прогрессивного движения истории» в значительной степени был определен христианской «моделью» общественного здравоохранения и вел от частной медицины к таким формам общественного здравоохранения, как обязательное медицинское страхование и государственное здравоохранение. При этом нельзя не отметить, что присоединение государственных структур к финансированию здравоохранения во многих странах происходило в результате длительной и упорной демократической борьбы. Отечественные исследователи истории медицинского страхования приходят к выводу, что принятие первых страховых законов по здравоохранению в Европе в конце XIX века было в первую очередь связано с возникновением и развитием рабочего, социалистического движения. Социальное страхование, и в том числе медицинское, «практически всегда следовало за возникновением профсоюзов и социалистических партий». Подтверждает этот вывод хронология возникновения рабочих партий, профсоюзов и социального страхования (включая медицинское), представленная в следующей таблице.

Страна	Социалистическая партия	Профсоюзы	Социальное страхование	Медицинское страхование
1	2	3	4	5
Германия	1875	1868	1883	1883
Австрия	1889	1893	1888	1887
Дания	1878	1898	1891	

Норвегия	1887	1877	1894	1902
Франция	1905	1895	1898	
Бельгия	1889	1910	1900	
Голландия	1894	1905	1901	
Великобритания	1900	1868	1908	
Швейцария	1888	1880	1911	1892
Швеция	1889	1898	1013	
Италия	1891	1906	1914	

«В начале 30-х годов XX века обязательное медицинское страхование имело место в большинстве развитых стран Европы», — заключают авторы ³⁰⁷.

Идея справедливости может выступать, такова уж ее особенность, не только как практический регулятор уже существующих и далеких от совершенства человеческих отношений, но и как предельная цель общественных устремлений. Например, в марксизме такое понимание справедливости было связано с «распределением предметов потребления» не «**по работе**», а «**по потребностям**». «Маркс, — писал Ленин, — показывает ход развития коммунистического общества, которое вынуждено сначала уничтожить только ту «несправедливость», что средства производства захвачены отдельными лицами, и которое не в состоянии сразу уничтожить и дальнейшую несправедливость, состоящую в распределении предметов потребления «по работе (а не по потребностям)» ³⁰⁸. Уникальной попыткой приблизить и реализовать идеал справедливости как распределения благ, в данном случае медицинской помощи, «по потребностям», а не «по труду», явилась система государственного (народного) здравоохранения в СССР. В феврале 1919 года было ликвидировано сосуществование двух параллельных систем здравоохранения — «рабочей страховой медицины», подчиненной Народному комиссариату труда, и «советской медицины», созданной на основе земской и городской медицины и подчиненной Народному комиссариату здравоохранения. В 1984 году специалисты характеризовали ее следующим образом: «Народное здравоохранение выполняет свои социальные функции охраны и укрепления здоровья трудящихся, независимо от их социального происхождения, положения в обществе, национальности, места жительства и других факторов. Речь в данном случае идет о социальном равенстве и однородности в охране и укреплении здоровья всех граждан, обладающих равными правами и достоинствами». Известно, что в СССР охрана здоровья граждан осуществлялась «через общественные фонды», т. е. независимо от трудового вклада каждого. «В силу этого можно сказать, что в советском здравоохранении

достигнуто социальное равенство возможностей всех членов общества, равенство, которое ориентировано на принцип коммунистического распределения по потребностям»

309 .

Обеспечение бесплатной медицинской помощью всех граждан не было столь справедливым относительно объема медицинских услуг и их качества.

Ведомственные «медсанчасти» отличались от районных, городских и сельских больниц. Среди элитных ведомственных клиник тоже была своя иерархия, которая строилась в соответствии с партийной и государственной иерархией бюрократии — чем выше положение в иерархии, тем выше качество медицинского обслуживания, тем полнее объем медицинской по мощи. Благие намерения идеологии превратить и воплотить «коммунистический идеал» (должное) в норму (сущее) лишь обостряли противоречие между ними. «Временные трудности» социализма имели тенденцию превратиться во временные навсегда. Не случайно, что элитарное здравоохранение в конце 80-х годов было для демократических сил одним из свидетельств несправедливости советской государственной системы.

28 июня 1991 года был принят Закон РФ «О медицинском страховании граждан в РСФСР». 2 апреля 1993 года вступил в силу Закон РФ «О внесении изменений и дополнений в Законе РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР», в соответствии с которым сегодня реализуется медицинское страхование в России. В первой статье 1 раздела дано определение медицинского страхования: «Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования». Помимо обязательного медицинского страхования в России работает система дополнительного медицинского страхования, которая обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских услуг сверхустановленных программами обязательного медицинского страхования.

К основным причинам перехода от государственной (бюджетной) к бюджетно-страховой системе здравоохранения специалисты относят: «коренные изменения системы общественного хозяйства, утрату государством множества своих функций и возможностей, уменьшение внутреннего валового продукта, дефицит государственного

бюджета, отказ от жесткого регулирования цен на товары и услуги»³¹⁰. При этом некоторые из них полагают, что медицинское страхование увеличивает «вероятность того, что поляризация общества в этой сфере будет выше, чем при модели бюджетного здравоохранения»³¹¹. Переход от деклараций к поискам конкретных дополнительных источников финансирования здравоохранения неизбежно будет сопровождаться неравенством в уровне медицинской помощи для разных категорий населения.

Практическая реализация преодоления неравенства в уровне медицинской помощи — сложный и длительный процесс. В настоящее время, пожалуй, нет страны, которая была бы окончательно удовлетворена состоянием своего здравоохранения, финансированием научных исследований и оплатой труда, механизмами распределения ресурсов между отраслями здравоохранения, обеспечением доступности медицинской помощи. Неудивительно, что практически в каждой стране осуществляется коррекция системы здравоохранения, проводятся различные преобразования, реформы. Тем не менее в большинстве стран мира не вызывает сомнения одна из основных задач этих преобразований — справедливость и равенство для всех граждан в доступности медицинской помощи высокого качества.

6.4. Врачевание как деятельное проявление справедливости

Суждение Гиппократово — «врач должен быть справедливым при всех обстоятельствах» — давно стало аксиоматичным в медицинской этике. История, с одной стороны, меняет обстоятельства, а с другой стороны, позволяет выявить среди них устойчивые и повторяющиеся. Одно из них — верность своему профессиональному долгу перед пациентом независимо от его экономического положения, пола, расы, социального положения, характера заболевания, религиозных и политических убеждений, личной к нему антипатии.

Постоянные призывы к врачу быть справедливым и гуманным по отношению к больному воспроизводят неменяющуюся реальность неравенства между здоровым и больным человеком. Основание этого неравенства предельно ясно удалось выразить Ф.Ницше: «Больной — паразит общества. В известном состоянии неприлично продолжать жить. Прозабавление в трусливой зависимости от врачей и искусственных мер... должно бы вызывать глубокое презрение общества. Врачам же следовало бы быть посредниками в этом презрении — не рецепты, а каждый день новая доза отвращения к своему пациенту...

высший интерес жизни... требуют беспощадного подавления и устранения вырождающейся жизни...»³¹².

В этом суждении Ницше обостряет известный карамазовский вопрос «как можно любить своих ближних?» вопросом «как можно любить больных?» Ответ на этот вопрос приобретает особое значение в связи с распространенной и принятой многими медиками этической позицией: «Быть настоящим врачом — значит уметь любить больного»³¹³.

«Уметь любить больного», и прежде всего быть к нему справедливым, во-первых, может быть *дано* человеку, т. е. «имеет свой глубокий корень в нашей природе». Во-вторых, может быть *задано* человеку **долгом**, т. е. сформировано воспитанием, обучением, образованием, опытом профессиональной работы.

Рассмотрим эти две позиции.

О справедливости, как естественном свойстве человеческой природы, свидетельствует евангельская притча о самаритянине (Лк. 10, 25-37). Согласно этой притче, израненному человеку не пришли на помощь ни проходящий мимо священник, ни левит. Самаритянин же сжалился, перевязал ему раны, позаботился о нем. По мнению профессора общественного здравоохранения и медицины В. Мак-Дермота (Корнелльский университет, Нью-Йорк, США), врач — это самаритянин, человек, готовый помочь другому в несчастье³¹⁴.

Трактовка американского профессора указывает на высоту духовного предназначения врача. Образ самаритянина напоминает о том принципиальном отличии в отношении к страдающим больным людям, которым непременно должен обладать врач-профессионал. Каково же оно? Во-первых, врач должен быть независим от своих же политических, национальных и других пристрастий. **Самаритянин помог иудею, хотя мог бы сказать, зачем помогать тем, кто нас презирает? Но в страждущем он увидел не чужого и чуждого человека или противника, но, прежде всего человека**. Во-вторых, врач должен быть готов к оказанию медицинской помощи в различных обстоятельствах. **Самаритянин пожалел человека. Но не только в сердце своем пожалел и посочувствовал, но и не остановился на одном этом сочувствии. Он немедленно приступил к делу, к оказанию реальной, практической помощи, «перевязал ему раны».** В-третьих, в своем отношении к больному врач должен быть способен к самоотверженности, к отказу от удобств и покоя ради помощи больному. **Самаритянин лишил себя того, в чем нуждался ближний, — «всадив его на свой**

скот», и сам шел пешком. В-четвертых, врач должен бороться за жизнь человека до конца. Самаритянин не ограничился одномоментной помощью, но позаботился о человеке до его полного выздоровления.

«Самаритянство» символизирует природную, естественную склонность и способность человека к помощи другому человеку.

Вл. Соловьев непосредственно связывает один из смыслов справедливости с ее естественно-психологическим основанием. «...Справедливость (*aeguitas* — равенство) соответствует основному принципу альтруизма, требующему признать равно за всеми другими право на жизнь и благополучие, какое признается каждым за самим собою. И в этом смысле справедливость не есть какая-нибудь особенная добродетель, а только логическое объективное выражение того самого нравственного начала, которое субъективно, или психологически, выражается в основном чувстве жалости (сострадания, симпатии)». При этом Вл. Соловьев различает «степени альтруизма (или нравственного отношения к подобным нам существам)». Первая — «никого не обижать», вторая же — «всем помогать» и означает справедливость как милосердие ³¹⁵.

В профессиональной врачебной этике эта «степень альтруизма», глубоко соответствующая человеческому бытию, превращается из субъективной склонности в объективное моральное основание врачевания, т. е. в то, что соответствует и способствует реализации исходной и конечной цели врачевания — исцелению человека. Так, справедливость становится одним из основных принципов врачебной этики. Врач не только может быть склонен к этому принципу, но он должен уметь предпочесть его всем другим соображениям и обстоятельствам, суждениям. Медицина располагает конкретным знанием, которое может послужить средством достижения различных целей. Иллюстрируя данную ситуацию, Кант в свое время приводил следующий пример: «Предписания для врача, чтобы основательно вылечить пациента, и для отравителя, чтобы его наверняка убить, равноценны» ³¹⁶. Интересно, что этот кантовский пример в 1981 году был реализован судом штата Оклахома (США), которым было принято решение о введении нового метода исполнения смертного приговора путем внутривенной инъекции смертельной дозы лекарства. Всемирная Медицинская Ассамблея была вынуждена принять и распространить Пресс-релиз, в котором четко определяются функции врача в обществе: «...Ни один врач не должен быть привлечен к участию в казни... Медицинская практика не подразумевает осуществление функций палача» и должна последовательно соответствовать цели врачевания — «врачи призваны сохранять жизнь» ³¹⁷.

Согласно второй позиции, «умение любить больного» складывается не только из компоненты «самаритянства». Значительную роль в этом умении играет и «компонент кантианства», который состоит в способности врача, опираясь на разум и волю (собственно «практический разум»), поступать согласно нравственным принципам и целям, т. е. соответственно профессиональному долгу.

Цели и принципы врачебного морального сознания сформированы в ходе исторической практики врачевания, в результате выявления фундаментальных потребностей человеческого общества, и противостоят в форме специальной профессиональной морали многообразию частных, ситуативных интересов, практических целей, сиюминутных задач, планов, стремлений. «Компонента кантианства», присущая профессиональной медицинской морали, состоит в том, что «модус долженствования» (в нашем случае — верность принципу справедливости) преобладает над ситуативно-практическими интересами.

Как же работают эти подходы в реальной медицинской практике? Можно ли, например, опираясь на них, ответить на часто встречающийся перед трансплантологами вопрос: справедливо ли пересаживать почку старику, если ее можно пересадить умирающему молодому мужчине? Конечно, право на здоровье и жизнь — это гражданские права, которыми обладает любой человек, независимо от возраста, материального положения и т. п. Но вновь и вновь с неумолимым постоянством встает вопрос о социально-практической целесообразности этого права в контексте конкретной медицинской практики. Должны ли возрастные параметры стать моральной нормой, ограничивающей права человека в распределении органов для пересадки?

Вопрос о социально-практической целесообразности ограничительных мероприятий становится с каждым годом актуальнее в связи с устойчивой демографической тенденцией постарения населения. Так, например, согласно данным социомедицинского исследования, проведенного ВОЗ, «Престарелых в одиннадцати странах» между 1950 и 1970 годами, количество европейцев, достигших 60 лет, увеличилось более чем на 30%. Представители ВОЗ ожидают, что между 1980 и 2000 годами количество людей в этой возрастной группе увеличится в Европе на 35%, что же касается людей очень старых (т.е. 80-летних и старше), то относительный процент роста в этой группе еще более динамичен. «Все это ставит население Европы, — делают вывод специалисты, — перед различными социальными проблемами не только в области охраны здоровья, но и в сфере экономической и в ряде других областей общественной жизни»³¹⁸.

В то же время в современной социологии все чаще используется термин «социальные паразиты», фиксирующий те слои населения, которые не входят в пирамиду профессий — это старики, школьники, домохозяйки. Д.Джори констатирует распространение такой оценки в итальянской социологии ³¹⁹. Под влиянием таких исследований для многих практически целесообразной и оправданной будет выглядеть своеобразная медицинская коррекция (например, на уровне распределения дефицитных ресурсов здравоохранения) названных демографических процессов. Возможно ли рассматривать данную социально-прагматическую целесообразность как основание нового морального правила в распределении дефицитных ресурсов здравоохранения? Во-первых, вряд ли это правило будет новым. В истории человечества уже существовали народы, которые на основании той или иной целесообразности убивали своих стариков. Во-вторых, как свидетельствует сюжетная линия романа Ф. Достоевского «Преступление и наказание», отношение «практического интереса» героя к «глупой, бессмысленной, ничтожной, злой, больной старушонке» тысячью нитей связано с современной культурой, обнаруживая это в «цене» и последствиях подобного «практического интереса».

Помимо стариков к категории наименее «социально значимых» пациентов относятся заключенные, бедняки, лица с необратимой физической и психической патологией (так называемые «неперспективные больные»). В «Резолюции по вопросам поведения врачей при осуществлении трансплантации человеческих органов» констатируется, что «существует серьезная озабоченность все возрастающим количеством сообщений об участии врачей в операциях по трансплантации органов или тканей, изъятых из тел:

— заключенных, приговоренных к смертной казни, не имеющих возможности отказаться от этого или без их предварительного согласия;

— лиц, страдающих физическими или психическими недостатками, чья смерть рассматривается как облегчение их страданий и как основание для забора их органов;

— бедных людей, которые согласились расстаться со своими органами по коммерческим соображениям;

— детей, украденных с этой целью»³²⁰.

Можно ли считать морально оправданным использование этих категорий людей в качестве потенциальных доноров для пересадки, или в качестве испытуемых различных

лекарственных средств и терапевтических методик? Ситуационно-практические интересы подобного использования и различных испытаний чрезвычайно значимы для врача-исследователя, и практика, и шансы получения «ожидаемых человечеством» результатов — велики при наличии такого «экспериментального материала».

Врач должен понимать, что для него опасность стать исполнителем этих «интересов» так же велика, как и постоянно сопровождающая врача опасность заразиться инфекционной болезнью. Традиционным средством профилактической защиты от этой «болезни» является ориентация на принцип справедливости. История культуры располагает рядом конкретных формулировок принципа справедливости, который непосредственно связан с «золотым правилом нравственности», уходящим своими корнями глубоко в историю — к V-IV вв. до н. э.³²¹ Среди них новозаветная максима, которая призывает «не делать другим того, чего себе не хотите» (Деян. 15, 28-29). В Новое время классической формулировкой принципа справедливости становится кантовский категорический императив: «...Поступай только согласно такой максиме, руководствуясь которой ты в то же время можешь пожелать, чтобы она стала всеобщим законом»³²². Именно Кант признает добродетель справедливости выше всех других добродетелей всюду, где возникает ситуация неравных отношений между людьми.

Действительно, принцип справедливости имеет особое значение в регулировании деятельности людей, облеченных властью над другими людьми. Известно, что во многих странах врачи были непосредственно причастны к деятельности «машины обработки» заключенных, не только присутствуя при допросах, но и разрабатывая методику пыток с целью наиболее «эффективного» воздействия на них. Например, в военных школах Уругвая врачи преподавали методы реанимации заключенных после пыток. Известна и такая форма соучастия врача в пытках как обследование заключенного с целью определения возможности продолжения пыток. Современным медицинским средством подавления сопротивления человека и способом получения информации стало применение психотропных средств — так называемой «сыворотки правды».

Рост злоупотреблений медицинской помощью и «исследовательскими средствами» становится социальным пространством для проявления и утверждения моральных оснований врачевания. Врач, который вовлекается в описанные отношения между людьми, выступает как независимая третья сторона. В этом качестве он наделяется обществом в лице общественных международных и национальных организаций (например, Всемирной Медицинской Ассоциацией) особыми правами и полномочиями.

Это право регистрации фактов пыток и превращения этих фактов в достояние административно ответственных лиц, общественности, международного сообщества. В 1975 году Всемирная Медицинская Ассоциация принимает «Декларацию», содержащую «рекомендации по позициям врачей относительно пыток, наказаний и других мучений, а также негуманного или унижительного лечения в связи с арестом или содержанием в местах заключения»³²³.

Особенностью «Этического кодекса российского врача», принятого Ассоциацией врачей России (Москва, 1994), является то, что справедливое отношение к пациенту превращается в одну из основных моральных обязанностей врача. В статье 5-й «Врач обязан быть свободным» говорится: «Участвуя в экспертизах, консилиумах, комиссиях, консультациях и т. п., врач обязан ясно и открыто заявлять о своей позиции, отстаивать свою точку зрения, а в случаях давления на него — прибегать к юридической и общественной защите»³²⁴ 324.

В этих документах идея справедливости приобретает легальную форму. И это свидетельствует, что «если справедливость предписывает благотворение или требует быть милосердным (у варваров по отношению к некоторым, а с прогрессом нравственности — по отношению ко всем), то ясно, что такая справедливость не есть особая добродетель, отдельная от милосердия, а лишь прямое выражение общего нравственного принципа альтруизма, имеющего различные степени и формы своего применения, но всегда заключающего в себе идею справедливости»³²⁵.

Литература

1. Иванов М. С. Церковь и мир. — О вере и нравственности по учению Православной Церкви. — М., 1991. — С. 247.
2. Лихачев Д. С. Память преодолевает время // Наше наследие. — 1988. — №1. — С.1.
3. Аверинцев С. С. Предисловие к статьям и письмам Вл. Соловьева // Новый мир. — 1989. — №1. — С. 194.
4. Pellegrino E . D . Einleitung . Bioethik in den USA. Hrsg. Hans-Martin Sass. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, 1988, s.17.

5. Соловьев Вл. Оправдание добра. Соч. в 2-х томах. — М., 1988. — Т. 1. — С. 448-449.
6. Ардашева Н. А. Проблемы гражданско-правового обеспечения прав личности в договоре на оказание медицинской помощи. — Тюмень, 1996. — С. 128_138.
7. Алексеев С. С. Теория права. — М.: БЕК, 1995. — С. 31.
8. Соловьев Вл. Оправдание добра. Соч. в 2-х томах — М., 1988 — Т. 1. — С. 448.
9. Трубецкой Е. Н. Лекции по энциклопедии права. — М., 1913. — С. 25.
10. Доссе Жан. Научное знание и человеческое достоинство // Курьер Юнеско. — Ноябрь, 1994. — С. 7.
11. Сурия Пракаш Синха. Юриспруденция. Философия права. — М.,1996. — С. 87.
12. Гиппократ. Избранные книги. — М.,1936. — С. 87-88.
13. Гиппократ. Избранные книги. — М.,1936. — С. 121.
14. Ницше Ф. Сумерки кумиров. Соч. в 2-х томах. — М.,1990 — Т. 2. — С. 611-612.
15. Цит. по кн.: Переломов Л. С. Конфуцианство и легизм в политической истории Китая. — М., 1981 — С. 88.
16. Хайдеггер М. Письмо о гуманизме // Время и бытие. — М.,1993. — С. 21.
17. Августин Аврелий. Исповедь. — М.: Renaissance. 1991. — С. 53.
18. L ц w Reinhard. Antropologische Grundlagen einer christlichen Bioethik. — In: Bioethik. Philosophisch-Teologische Beitr д ge zu einem brisanten Thema. — Koln,1990, s. 24.
19. Избранные места из творений святого Иоанна Златоуста. — М.,1897. — С. 11.
20. Гиппократ. Избранные книги. — М., 1936. — Т. 1. — С. 87-88.
21. Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы. Сборник официальных документов. — М., 1995. — С. 7.
22. Корженьянц Б. Парацельс // Мир огненный . — 1994. — № 5. — С. 86-87.

23. «О Боге, человека и мире: из откровений святых отцов, старцев, учителей, наставников и духовных писателей Православной Церкви». — М., 1995. — С. 39.
24. Корженьянц Б. Парацельс // Мир огненный . — 1994. — № 5. — С. 86-87.
25. Майоров Г. Г. Формирование средневековой философии. — М.: Мысль, 1979. — С. 253.
26. Августин Аврелий. Исповедь. — М.: Renaissance, 1991. — С. 205.
27. Жильсон Э. Разум и Откровение в Средние века // Богословие в культуре Средневековья. — Киев, 1992 — С. 31.
28. Корженьянц Б. Парацельс // Мир огненный. — 1994. — № 5. — С. 87.
29. Gorton D. A. History of Medicine. № 4. a. l. U. P. Putnam's Sons., 1910, p. 205.
30. Шерток Л., Р. де Соссюр. Рождение психоанализа. — М.: Прогресс, 1991. — С. 54.
31. Петров Н. Н. Вопросы хирургической деонтологии. — Л., 1956. — С. 51.
32. Интимная связь между врачом и больным в медицинской практике // УМА. — 1992. — № 2. — С. 21.
33. Проблемы медицинской деонтологии. — М., 1977.
34. Персианинов Л. С. Деонтология в акушерстве и гинекологии // Проблемы медицинской деонтологии. — М., 1977. — С. 81.
35. Доссе Ж. Научное знание и человеческое достоинство // Курьер ЮНЕСКО. — Ноябрь, 1994. — С. 6.
36. Юдин Б. Г. Социальная институционализация биоэтики. — Сб. «Биоэтика: проблемы и перспективы». — М., 1992. — С. 113.
37. Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан (1993), статья 16. — Сборник нормативных актов по охране здоровья граждан Российской Федерации. — М., 1995. — С. 16.

38. О Боге, человеке и мире: из откровений святых отцов, старцев, учителей, наставников и духовных писателей Православной Церкви. — М., 1995. — С. 19.

39. Фрейд З. Будущность одной иллюзии. — Сумерки богов. — М., 1989. — С. 110.

40. Sass Hans-Martin (Hrsg). Bioethik in den USA, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, 1988, s. 1.

41. Ibid, s.16.

42. Уиклер Д., Брок Д., Каплан А. и др. На грани жизни и смерти. — М., 1989. — С. 15.

43. Sass Hans-Martin (Hrsg) Bioethik in den USA, s. 2.

44. Ibid., s. 3.

45. Ibid., s. 3.

46. Ibid., s. 4.

47. Ibid., s. 4.

48. Ibid., s. 16.

49. Ахундов М. Д., Баженов Л. Б. Естествознание и религия в системе культуры // Вопросы философии . 1992. — № 12. — С. 42.

50. Огурцов А. П. Аксиологические модели в философии науки // Философские исследования. 1995. — № 1. — С. 8.

51. Bioethik in den USA, s. 16.

52. Предисловие // Наука и культура. — М., 1984. — С. 4.

53. Келле В. Ж. Наука как феномен культуры // Наука и культура. — М., 1984. — С. 15.

54. Макешин Н. И. Наука, культура, общественный прогресс // Наука и культура. — М., 1984. — С. 314.

55. Фролов И. Т. Взаимодействие наук и гуманистические ценности // Наука и культура. — С. 329.

56. Петров М. К. Искусство и наука. — М., 1995. — С. 48.

57. Огурцов А. П. История естествознания, идеалы научности и ценности культуры // Наука и культура. — М., 1984.

58. Малявин В. В. В поисках традиции. — «Восток — Запад». — М.: Наука, 1988. — С. 33.

59. Сгречча Э. Католическая церковь и профессия врача // Медицина и права человека. — М., 1992. — С. 38.

60. L ц w Reinhard (HG.) Anthropologische Grundlagen einer christlichen Bioethik. — In: Bioethik. Philosophisch-Theologische Beitr д ge zu einem brisanten Thema. К ц ln. 1990, s. 8.

61. Ibid., s. 11.

62. Ibid., s. 12.

63. Ibid., s. 15.

64. Ibid., s. 16.

65. Ibid., s. 16.

66. Ibid., s. 17.

67. Ibid., s. 18.

68. Иоанн Павел II. Любовь и ответственность. — М., 1993. — С. 89.

69. Там же, с. 86.

70. Ibid., s. 22.

71. Ibid., s. 23.

72. Ibid., s. 24.

73. Сгречча Э. Католическая церковь и профессия врача. — Медицина и права человека. — М., 1992. — С. 38.

74. Там же. — С. 41.

75. Кант И. Основы метафизики нравственности. Соч. в 6-ти томах. — М., 1965. — Т. 4, ч. 1. — С. 278.

76. Кант И. Критика практического разума. Соч. в 6-ти томах. — М., 1965. — Т. 4, ч. 1. — С. 499.

77. С позиций православного богословия, например, с точки зрения В. В. Зеньковского, это произойдет по причине того, что в границах протестантской этической автономии осуществляется подмена понимания личности как «арены свободы» пониманием личности как «субъекта свободы»: «автономия в нас, но она не от нас» (В. В. Зеньковский. Автономия и теонимия // Путь. — 1926. — № 3. — С. 311.

78. Колланж Ж.-Ф. Биоэтика и протестантизм. — Медицина и права человека. — М., 1992. — С. 41.

79. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. Информационный бюллетень ОВЦС Московского Патриархата. — 2000. — № 8. — С. 73.

80. Несмелов В. И. Наука о человеке. — Казань. 1994. — Т. 2. — С. 25.

81. Бердяев Н. Опыт философского оправдания христианства. — Несмелов В. И. Наука о человеке. — Казань, 1994. — С. 35.

82. Кураев А. Традиция, догмат, обряд: апологетические очерки. — М., 1995. — С. 120.

83. Бердяев Н. Самопознание. — М., 1990. — С. 163.

84. О вере и нравственности по учению Православной Церкви. — М., 1991, — С. 52.

85. Лосский В. Н. По образу и подобию. — М., 1995, — С. 24.

86. Кураев А. Традиция, догмат, обряд. — М., 1995. — С. 117.

87. Low R. Anthropologische Grundlagen einer christlichen Bioethik. — In: Bioethik. Philosophisch-Teologische Beiträge zu einem brisanten Thema. Köln. 1990, s. 18.

88. Лосский В. Н. Кафолическое сознание (антропологическое приложение догматов Церкви). — По образу и подобию. — М., 1995. — С. 163.

89. Бердяев Н. Опыт философского оправдания христианства. — Несмелов В. И. Наука о человеке. — Казань, 1994. — С. 31.

90. Бердяев Н. Опыт философского оправдания христианства. — Несмелов В. И. Наука о человеке. — Казань, 1994. — С. 32.

91. Несмелов В. И. Наука о человеке. — Казань, 1994. — С. 247.

92. Лосский В. Н. Богословское понятие человеческой личности. — По образу и подобию. — М., 1995. — С. 114.

93. Кураев А. Традиция, догмат, обряд: апологетические очерки. — М., 1995. — С. 123.

94. Там же. — С. 124.

95. Там же. — С. 115.

96. Булгаков С. О чудесах евангельских. — М.: Русский путь, 1994. — С. 64.

97. Там же. — С. 73—74.

98. Христианство. Энциклопедический словарь в 3-х томах. — М., 1995. — Т. 2. — С. 527.

99. Максим Исповедник. Творения. Кн.1. — М., 1993. — С. 118.

100. О вере и нравственности по учению Православной Церкви. — М., 1991. — С. 6.

101. Лосский В. Н. Догматическое богословие. — Очерк мистического богословия Восточной Церкви. — М., 1991. — С. 286.

102. Митрополит Антоний Сурожский. Исцеление тела и спасение души // Человек. — 1995. — № 5. — С. 113.
103. Там же. — С. 111.
104. Лосский В. Н. Догматическое богословие. — М. 1991. — С. 287.
105. Митрополит Антоний Сурожский // Человек. — 1995. — № 5. — С. 110.
106. Там же. — С. 117.
107. Св. Феофан Затворник. Болезнь и смерть. — М., 1996. — С. 28-29.
108. Гиппократ. Избранные книги. — М., 1936. — С. 87-88.
109. Аристотель. Политика. Соч., т. 4. — М., 1984. — С. 624.
110. Катунский Э. К вопросу о праве родителей на жизнь плода // Медицинская беседа. — 1900. — № 7. — С.178.
111. Шабад Т. Искусственный выкидыш с принципиальной точки зрения // Медицинское обозрение . — 1911. — Т. 45. — № 2. — С. 172.
112. «Русский врач». Стенограмма XII Пироговского съезда // Русский врач. — 1913. — № 28. — С. 1010.
113. Там же. — С. 1011.
114. Терапевтическое обозрение . — 1914. — № 5. — С. 163.
115. Жбанков Д. К вопросу о выкидышах // Практический врач. — 1914. — № 31. — С. 433.
116. Гиммельфарб Г. И. Исторический очерк вопроса о выкидыше // Терапевтическое обозрение . — 1914. — № 5. — С. 147.
117. Стенограмма XII Пироговского съезда // Русский врач. — 1913. — № 28. — С. 1012.

118. Цит. по Либерман Я. Э. Изгнание плода в русском законодательстве // Терапевтическое обозрение . — 1914. — № 5. — С. 148.
119. Цит. по Мелетий Митрополит Никольский. Аборты. — М., 1993. — С. 39.
120. Либерман Я. Э. Изгнание плода в русском законодательстве // Терапевтическое обозрение . — 1914. — № 5. — С. 149.
121. Цит. по Соловьев З. П. Аборт. Избр. произведения. — М., 1970. — С. 133-134.
122. Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан (1993), статья 36. — Сборник нормативных актов по охране здоровья граждан Российской Федерации. — М., 1995. — С. 25.
123. Либерман Я. Э. Изгнание плода в русском законодательстве // Терапевтическое обозрение . — 1914. — № 5. — С.153.
124. Сперанский В. Н. Трубецкой Е. Христианство. Энциклопедический словарь в 3-х томах. — М., 1995. — Т. 3. — С. 44.
125. Бердяев Н. Самопознание. — М., 1990. — С. 164.
126. Гордон М. Нет, аборт — это не убийство! // Америка . — 1992. — № 439. — С. 43.
127. Бродский В. А. Возраст плода // Врач. — 1913. — № 22.
128. Вестник «Жизнь». — М., 1994. — С. 17.
129. Коновалова Л. Правила и исключения // Человек. — 1995. — № 1. — С. 111.
- 130 Там же. — С. 112.
131. Пономарев П. Догматические основы христианского аскетизма по творениям восточных писателей-аскетов IV века. — Казань, 1899. — С. 114.
132. Харакас С. Православие и биоэтика // Человек. — 1994. — № 2. — С. 93.
133. Св. Иоанн Златоуст. Избранные творения. — Издательский отдел Московской Патриархии. — 1994. — С. 790.

134. Творения Преподобного Максима Исповедника. Книга 1. Богословские и аскетические трактаты. Главы о любви. — М., 1993. — С.108.
135. Аверинцев С. «ΕΥΕΠΛΑΧΝΙΑ» // Альфа и Омега. — 1995. — № 1/4. — С.19.
136. Флоренский П. Столп и утверждение истины. — М., 1990. — Т. 1, ч. 1. — С. 355-356.
137. Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы. Сборник официальных документов. — М., 1995. — С. 23.
138. Мануилова И. Современные контрацептивные средства. — М., 1993. — С. 8.
139. Окинчиц Л. Как бороться с преступным выкидышем? // Журнал акушерства и женских болезней . — 1912. Т. 27. — № 3. — С. 329.
140. Мануилова И. А. Современные контрацептивные средства. — М., 1993. — С. 36.
141. Аристотель. Политика. — М., 1984. — Т. 4. — С. 416_417.
142. Мануилова И. А. Современные контрацептивные средства. — М., 1993. — С. 23-24.
143. Там же. — С.21
144. Лосский Н. О. Бог и мировое зло. — М., 1994. — С. 358.
145. Дюркгейм Э. Самоубийство. — М., 1994. — С. 177
146. Харакас С. Православие и биоэтика // Человек. — 1994. — № 2. — С. 98.
147. Карсавин Л. П. О личности. Религиозно-философские сочинения. — М., 1992. — Т. 1. — С. 153.
148. Соловьев В. Смысл любви. Соч. Т. 2. — М., 1988. — С. 529.
149. Бердяев Н. Эрос и личность. — М., 1989. — С. 21.

150. Лосский Н. В. Очерк мистического богословия восточ. церкви. — М., 1991. — С. 247.
151. Харакас С. Православие и биоэтика // Человек. — 1994. — № 2. — С. 98.
152. Медицина и права человека. М.: Прогресс, 1992. — С. 83.
153. Шнейдерман Н. А. Социология и жизнь. — М.: Мысль, 1991. — С. 99.
154. Мануилова И. Современные контрацептивные средства. — М., 1993. — С. 174.
155. Симонов В. Homo technicus от рождения до смерти. — «Литературная газета». 30.07.86. — С.13.
156. Шнейдерман Н. А. Социология и жизнь. Откровенный разговор. — М., 1991. — С.3.
157. Гребень В. Г., Кочура Г. М. Медицинские и психологические аспекты искусственного осеменения спермой донора как метод лечения бесплодия // Урология и андрология. — Л., 1988. — С.167.
158. Гробштейн К. Искусственное оплодотворение у человека // Молекулы и клетки. Вып. 7. — М.: Медицина, 1982. — С. 205-209.
159. Бахтиярова В. О. «Состояние здоровья детей, родившихся в результате экстракорпорального оплодотворения и искусственного осеменения». Диссертация на соискание ученой степени к.м.н. 1993, НЦАГиП РАМН. — С. 123-125.
160. Бахтиярова В. О. Диссертация. — С. 8.
161. Ильин Ф. Искусственное оплодотворение в борьбе с бесплодием женщины// Журнал акушерства и женских болезней. — 1917. — Т. 32. — № 1-2.
162. Гаварини Л. Искусственное оплодотворение: сто лет дебатов // Пол, секс, человек. — М., 1993. — С. 106.
163. Шорохова А. А. Искусственное оплодотворение у людей. — Труды VI съезда Всесоюзного общества гинекологов и акушеров. — М., 1925. — С. 420.

164. Курило Л. Ф. Развитие техники оплодотворения ооцита вне организма // Акушерство и гинекология . — 1984. — № 1. — С. 7-8.
165. Леонов Б. В. Рождение in vitro // Человек. — 1995. — № 3. — С. 71.
166. Бахтиарова В. О., с. 36. 167 Бахтиарова В. О., с. 122.
168. Леонов Б. В. Рождение in vitro // Человек. — 1995. — № 3. — С. 72.
169. Шорохова А. А. Искусственное оплодотворение у людей. — «Труды VI съезда Всесоюзного общества гинекологов и акушеров». — М., 1925. — С. 420.
170. Там же. — С. 420.
171. Эдвардс Р. Оплодотворение яйца человека in vitro. Онтогенез. — М., 1970. — Т. 1. — С. 177.
172. Соловьев Вл. Три силы // Новый мир. — 1989. — № 1. — С. 202.
173. Шорохова А. А. Искусственное оплодотворение у людей. — «Труды VI съезда Всесоюзного общества гинекологов и акушеров». — М., 1925. — С. 420.
174. Сборник нормативных актов по охране здоровья граждан РФ. — М., 1995. — С. 25.
175. Хаксли Олдос. О дивный новый мир. — М., 1989.
176. Вести для Вас. № 11/47, 24.03.95.
177. Соловьев Вл. Три силы // Новый мир. — 1989. — № 1. — С. 203.
178. Булгаков С. Православие. — М.: Терра, 1991. — С. 244.
179. Лосский В. Н. Очерк мистического богословия Восточной Церкви. — М., 1991. — С. 134.
180. Лосев А. Ф. Проблема символа и реалистическое искусство. — М., 1976. — С. 192.

181. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви // Информационный бюллетень ОВЦС Московского Патриархата . 2000. — № 8. — С. 76.
182. Лосский В. Н. Очерк мистического богословия Восточной Церкви. — М., 1991. — С. 100-101.
183. Доссе Ж. Научное знание и человеческое достоинство // Курьер ЮНЕСКО. Ноябрь 1994. — С. 5.
184. Лосев А. Ф. Проблема символа и реалистическое искусство. — М., 1976. — С. 128.
185. Joseph Kardinal Ratzinger. Der Mensch zwischen Reproduktion und Schopfung. — Bioetihk. Philosophisch-teologische Beitrage zu einem brisanten Thema. К ц ln, 1990, s. 33-34.
186. Гете И. В. Избр. произведения в 2-х томах. — М., 1985. — Т. 2. — С. 678.
187. Хаксли О. О этот дивный новый мир. — М., 1989. — С. 173-175.
188. Я бы Моцартом родился // Человек. — 1995. — № 1. — С. 139.
189. «Геном человека»: новые возможности, новые проблемы // Человек. — 1995. — № 1. — С. 11.
190. Там же. — С. 10.
191. Сухих Г. Т. Секрет их молодости // Столица . 1994. 11. — С. 32.
192. Цит. по Сулейман Э. Границы дозволенного // Курьер ЮНЕСКО. Ноябрь 1994. — С. 17.
193. Сулейман Э. Границы дозволенного // Курьер ЮНЕСКО. Ноябрь 1994. — С. 17.
194. Мотков С. Е. Динамика, нормализация и улучшение генофонда населения СССР // Советская евгеника . — 1991. — № 1. — С. 3-31.
195. Акифьев А. П. Гены, человек, общество. — М., 1993. — С. 8.
196. Там же. — С. 35.

197. Там же. — С. 53.
198. Бердяев Н. А. Смысл истории. — М., 1990. — С. 108.
199. Достоевский Ф. М. ПСС в 30-ти томах. — Л., 1980. — Т. 20. — С. 172.
200. Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы. Сборник официальных документов. — М., 1995. — С. 74.
201. Там же. — С. 73.
202. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. Информационный бюллетень ОВЦС Московского Патриархата. — 2000. — № 8. — С. 77_78
203. Харакас С. Православие и биоэтика // Человек. — 1994. — № 2. — С. 100.
204. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. Информационный бюллетень ОВЦС Московского Патриархата. — 2000. — № 8. — С. 78.
205. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. Информационный бюллетень ОВЦС Московского Патриархата. — 2000. — № 8. — С. 79.
206. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. Информационный бюллетень ОВЦС Московского Патриархата. — 2000. — № 8. — С. 78.
207. Имелинский К. Сексология и сексопатология. — М., 1986. — С. 11.
208. Сексопатология. Справочник / Под ред. проф. Васильченко Г. С. — М.: Медицина, 1990. — С. 8.
209. Имелинский К. Сексология и сексопатология. — С. 265.
210. Имелинский К. Сексология и сексопатология. — М., 1986. — С. 156.
211. Там же. — С. 14.
212. Буртянский Д. Л., Кришталь В. В., Смирнов Г. В. Медицинская сексология. — Саратов, 1990. — С. 4.

213. Цит. по Рыклин М. Мишель Фуко: сексуальность и власть // Логос. — 1994. — № 5. — С 203.
214. Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции. — М.: Наука., 1989. — С. 12.
215. Блох И. История проституции. — СПб. 1994. — С. 256-258.
216. Цит. по Миллер Г. Половая жизнь человечества. — СПб., 1909. — С. 130.
217. Цит. по Бычков В. В. Эстетика поздней античности. II_III века. — М.: Наука., 1981. — С. 77.
218. Честертон Г. К. Франциск Ассийский // Вопросы философии. — 1989. — № 1. — С. 87-88.
219. Миллер Г. Половая жизнь человечества. — СПб., 1909. — С. 271.
220. Лосский В. Н. Очерк мистического богословия Восточной Церкви. Догматическое богословие. — М., 1991. — С. 247.
221. Исаев Д. Д. Гомосексуализм в Древней Греции // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 1992. — № 4. — С. 149.
222. Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции. — М.: Наука., 1989. — С. 216.
223. Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции. — М.: Наука., 1989. — С. 217.
224. Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции. — М.: Наука, 1989. — С. 203.
225. Имелинский К. Сексология и сексопатология. — М., 1986. — С. 265.
226. Там же. — С. 281. 227 Там же. — С. 278.
228. Там же. — С. 293.
229. Юнг К. Г. Тэвистокские лекции. Аналитическая психология: ее теория и практика. — Киев, 1995. — С. 10.
230. Франк В. Человек в поисках смысла. — М., 1990. — С. 55.
231. Юнг К. Г. Тэвистокские лекции. — С. 3.

232. Качаев А. К., Пономарев Г. Н. Возрастная динамика и условия формирования мужского гомосексуализма // Ж-л неврологии и психиатрии. — 1988. — Т. 88. — Вып. 12. — С. 79.

233. Цит. по Свядоц А. М. Женская сексопатология. — М., 1991. — С. 96.

234. Исаев Д. Д. Гомосексуализм в Древней Греции // Обозрение психиатрии мед. психологии им. В. М. Бехтерева. — СПб., 1992. — № 4. — С. 149-150.

235. Например, известно, что немецкий психиатр Ганс Гизе (1920-1970), утверждавший, что «гомосексуализм не является сексуальным извращением, а есть лишь аномалия по отношению к нормативным требованиям человеческого существования», сам страдал этим недугом.

236. Платон. Законы. Соч., т. 3, ч. 2. — М., 1972. — С. 318-321.

237. Деревянко И. М. Гомосексуализм. Причины и лечение. — Ставрополь, 1990. — С. 4.

238. Свядоц А. М. Женская сексопатология. — М., 1991. — С. 91.

239. Зеньковский В. На пороге зрелости. — М., 1991. — С. 45_46.

240. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. ИБ ОВЦС Московского Патриархата. — 2000. — № 8. — С. 84.

241. Тимошенко Н., Афонин В. Популярная сексология. — Томск., 1990. — С. 172.

242. Свядоц А. М. Женская сексопатология. — М., 1991. — С. 92.

243. Международная классификация болезней (10-й Пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. — СПб, 1994. — С. 212

244. Советский энциклопедический словарь. — М., 1980. — С. 325.

245. Розанов В. В. Люди лунного света. — М., 1990. — С. 168-169.

246. Там же. — С. 6-7.

247. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. ИБ ОВЦС Московского Патриархата . — 2000. — № 8. — С. 84-85.
248. Хайдеггер М. Закон тождества // Разговор на проселочной дороге. — М., 1991. — С. 75.
249. Быкова С., Юдин Б., Ясная Л. Эвтаназия: мнение врачей // Человек. — 1994. — № 2. — С. 148.
250. Право умирающего человека на прекращение жизни // JAMA, окт., 1992. — С. 48.
251. Там же. — С. 48.
252. Соловьев Вл. Три разговора о войне, прогрессе и конце всемирной истории. Соч. в 2-х томах. — М., 1988. — Т. 2. — С. 708.
253. Харакас С. Православие и биоэтика // Человек. — 1994. — № 2. — С. 96.
254. Несмелов В. И. Наука о человеке. — Казань, 1994. — Т. 1. — С. 387.
255. Булгаков С. О чудесах евангельских. — М.: Русский путь, 1994. — С. 64.
256. Ницше Ф. Веселая наука. — Стихотворения и философская проза. — СПб., 1993. — С. 380.
257. Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд. — М., 1994. — С. 197.
258. Дюркгейм Э. Самоубийство. — М., 1994. — С. 363.
259. Там же. — С.128.
260. Там же. — С.123.
261. Горский А. К., Сетницкий Н. А. Смертобожество. — Путь. 1992. Кн. 2. — С. 272-273.
262. Грандо А. А. Врачебная этика и медицинская деонтология. — Киев., 1982. — С. 84.

263. Калиновский П. Переход. Последняя болезнь, смерть и после. — Екатеринбург, 1994. — С. 125.

264. Гальцева Р. Христианство перед лицом современной цивилизации // Новая Европа. 1994. — № 5. — С. 10.

265. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. Информационный бюллетень ОВЦС Московского Патриархата . — 2000. — № 8. — С. 82.

266. Гальцева Р. Христианство перед лицом современной цивилизации // Новая Европа. — 1994. — № 5. — С. 13.

267. Малеина М. Н. Человек и медицина в современном праве. — М., 1995. — С. 162.

268. Савицкая А. Н. Возмещение ущерба, причиненного ненадлежащим врачеванием. — Львов, 1982. — С. 186-194.

269. Бердический Ф. Ю. Уголовная ответственность медицинского персонала за нарушение профессиональных обязанностей. — М., 1970. — С. 3.

270. Тарабарко Н. В. Критерии биологической смерти. Методы оценки потенциального донора. — Трансплантология. Руководство под ред. ак. Шумакова В. М. — 1995. — С. 21.

271. Попова Л. М. Смерть мозга. БМЭ, 3-е изд., — М., 1984. — Т. 23. — С. 453-454.

272. Правовые основы здравоохранения в России. / Под ред. Ю. Л. Шевченко. — М., 2000. — С. 173.

273. L o w R. Bioethik und Organtransplantation. — «Bioethik: philosophisch-theologische Beitrage zu einem brisanten Thema». Koln, 1990, s.129.

274. Олейник С. Ф. Переливание крови в России и в СССР. — Киев., 1955.

275. Бернард С. Река жизни. — М., 1965. — С. 64.

276. Олейник С. Ф. Переливание крови в России и в СССР. — С.15.

277. Прозоровский В. И., Велишева А. С., Бурштейн Е. М., и др. Актуальные вопросы трансплантации и медико-правовые аспекты ее регулирования // Судебно-медицинская экспертиза. — 1979. — № 3. — С. 7

278. Мирский М. Б. Из истории разработки в советской медицине нормативных актов по изъятию кадаверных тканей и органов. — Актуальные проблемы трансплантации и искусственных органов. — М., 1980. — С. 114.

279. Трансплантология. Руководство / Под ред. ак. В. И. Шумакова. — М., 1995. — С. 13.

280. Трансплантология. Руководство / Под ред. ак. В. И. Шумакова. — М., 1995. — С. 14.

281. Трансплантология. Руководство. — М., 1995. — С. 12.

282. Трансплантология. Руководство. — М., 1995. — С. 16.

283. Богданов А. Борьба за жизнеспособность. — М., 1927.

284. Долбин А. Г. Морально-этическое и правовое положение трансплантации в России. — Трансплантология. Руководство. — М., 1995. — С. 16.

285. Там же. — С. 8.

286. Там же. — С. 15.

287. Там же. — С. 5.

288. Там же, с. 9.

289. Несмелов В. И. Наука о человеке. — Казань, 1994. — С. 387.

290. Сухих Г. Т. Секрет их молодости. — Столица, 1994. — № 11. — С. 32.

291. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. Информационный бюллетень ОВЦС Московского Патриархата. — 2000 — № 8. — С. 81.

292. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. Информационный бюллетень ОВЦС Московского Патриархата. — 2000. — № 8. — С. 80-81.

293. История философии: Запад-Россия-Восток. Кн. 4: Философия XX века / Под ред. Н. В. Мотрошиловой и А. М. Руткевича. — М., 1999. — С. 427.

294. Платон. Законы. Соч. в 3-х томах. — М., 1972. — Т. 3, ч. 2. — С. 92-93.

295. Аристотель. Большая этика. Соч. в 4-х томах. — М., 1994. — Т. 4. — С. 324.

296. Платон. Законы. Соч. в 3-х томах. — М., 1972. — Т. 3, ч. 2. — С. 614.

297. Платон. Горгий. Соч. в 3-х томах. — М. 1968. — Т. 1. — С. 308.

298. Справедливость и демократия в контексте диалога культур // Вопросы философии. — 1996. — № 3. — С. 146-147.

299. Там же. — С.144.

300. Маркс К., Энгельс Ф. Соч. Изд. 2-е. — М., 1955-1956. — Т. 20. — С. 636-638.

301. Страхование здоровья за рубежом: проблемы, опыт, перспективы. — М., 1992. — С. 26-27.

302. О вере и нравственности по учению Православной Церкви. Издание Московской Патриархии. — 1991. — С. 326.

303. О Боге, человеке и мире: из откровений святых отцов, старцев, учителей, наставников и духовных писателей Православной Церкви. — М.: Путь., 1995. — С. 10.

304. Христианство. Энциклопедический словарь в 3-х томах. — М., 1995. — Т. 2. — С. 157.

305. Богоявленский Н. А. Древнерусское врачевание в XI-XVII вв. Источники для изучения истории русской медицины. — М., 1960. — С. 31.

306. Дробницкий О. Г. Проблемы нравственности. — М., 1977. — С. 94.

307. Лисицин Ю. П., Стародубов В. И., Гришин В. В., Семенов А. Ю., Савельева Е. Н. Медицинское страхование. — М., 1994. — С. 19-20.

308. Ленин В. И. Соч. — Т. 25. — С. 438.

309. Лисицин Ю. П., Изуткин А. М., Матюшин И. Ф. Медицина и гуманизм. — М., 1984. — С. 134-135.

310. Лисицин Ю. П., Стародубов В. И., Гришин В. В., Семенов В. Ю., Савельева Е. Н. Медицинское страхование. — М., 1994. — С. 6.

311. Шейман И. М. Бюджетно-страховая система здравоохранения. — М., 1993. — С. 19.

312. Ницше Ф. Сумерки идолов, или как философствуют молотом. Соч. в 2-х томах. — М., 1990. — Т. 2. — С. 611.

313. Леви В. Кассирский о врачевании // Вопросы философии. — 1971. — № 1. — С. 153.

314. Мак-Дермот В. Медицина — общественное и личное благо. — «Всемирный форум здравоохранения». — Женева, 1982. — Т. 1. — С. 130.

315. Соловьев Вл. Оправдание добра. Нравственная философия. Соч. в 2-х томах. — М., 1988. — Т. 1. — С. 188.

316. Кант И. Основы метафизики нравственности. Соч. в 6-ти томах. — М., 1965. — Т. 4 (1). — С. 253.

317. Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы. Сборник официальных документов. — М., с. 18.

318. Этика, гуманизм и охрана здоровья. Реферативный сборник. — М., 1985. — С. 31.

319. Там же. — С. 132.

320. Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы. Сборник официальных документов. — М., 1995. — С. 81.

321. Гусейнов А. А. Социальная природа нравственности. — М., 1994. — С. 71.

322. Кант И. Соч., — Т. 4 (1). — С. 260.

323. Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы. Сборник официальных документов. — М., 1995. — С. 16.

324. Там же. — С. 9.

325. Соловьев Вл. Оправдание добра. Нравственная философия. Соч. в 2-х томах. — М., 1988. — Т. 1. — С. 189.