

**Тема 1. Предмет и методы биомедицинской этики.
Этика науки и профессиональная этика.
Исторические и логические модели биомедицинской этики.**

И.В. Силуянова, д.ф.н., профессор, зав. кафедрой биомедицинской этики РГМУ

План

Введение. О предмете и методах биомедицинской этики.

1. Медицина как наука и этика науки.
2. Особенности современной науки и современной медицины.
 2. 1. Доминанта конструирующих установок над приспособительными.
 2. 2. Коммерциализация науки.
3. Периодизация истории профессиональной врачебной этики.

Исторические и логические модели биомедицинской этики.

- 3.1. Модель Гиппократ и принцип “не навреди”.
- 3.2. Модель Парацельса и принцип “делай добро”.
- 3.3. Деонтологическая модель и принцип “соблюдения долга”.
- 3.4. Биоэтика и принцип “уважения прав и достоинства человека”.

Заключение.

Введение. О предмете и методах биомедицинской этики.

Задача первой лекции любого курса заключается в том, чтобы дать ответы на три основных вопроса о предмете и методах дисциплины, к изучению которой приступают слушатели. Это вопросы - ЧТО? изучает дисциплина, КАК? изучает и ПОЧЕМУ? На эти вопросы и нам предстоит сегодня дать ответы. Итак, ЧТО? КАК? ПОЧЕМУ? изучает биомедицинская этика. Перечисленные вопросы - называются основными, потому, что они, в свою очередь позволяют определить то главное, что предваряет любую осмысленную человеческую деятельность - это понимание того, зачем? или для чего? нам необходимо изучение данной отрасли человеческого знания. Попробуем последовательно дать ответы на эти три основных вопроса. Итак:

1. ЧТО изучает биомедицинская этика?

Биомедицинская этика изучает отношения между людьми в системе здравоохранения вообще, и взаимоотношения между врачом и пациентом, в частности.

2. КАК это изучает биомедицинская этика?

Биомедицинская этика изучает эти отношения, во-первых, нормативно т.е. на основании традиционных моральных ценностей, норм, правил. И, во-вторых, дескриптивно, т.е. на основании описания реальных отношений, опросов, анкетирования, мнений, позиций.

3. ПОЧЕМУ это изучает биомедицинская этика?

Потому, что несовершенный характер этих отношений, может повредить человеку и обществу.

О каком вреде и о каких угрозах человека и обществу, прежде всего и именно сегодня идет речь?

1. Медицина как наука и этика науки.

Во второй половине XX века медицина окончательно расстается с такими характеристиками как ремесло, искусство, превращаясь, все более в типично научно-исследовательскую экспериментальную деятельность. Известно, что получение достоверных результатов требует подтверждения, причем не единичного, а статистически полноценного, массового. Начало существования медицины в статусе экспериментальной науки было весьма трагичным. Первыми массовыми медицинскими исследованиями стали опыты нацистских медиков над узниками концлагерей в 40-е годы.

Нюрнбергский процесс 1-ого Военного Трибунала США (1946-1947 г.г.) вскрыл факты чудовищных по своей жестокости и по своему размаху медицинских экспериментов на человеке, когда огромное число узников концентрационных лагерей, в основном не германского происхождения, использовались для научно-исследовательских целей и медицинских опытов. Именно эти “исследования” и “опыты” вошли неотъемлемой частью в понятие “преступление против человечности”. В ходе судебного разбирательства было собрано множество документов, в том числе протоколы о проведении экспериментов над людьми с целью исследования влияния на человеческий организм переохлаждения, действия ядов. Миллионы людей специально заражались интересующими “экспериментаторов”- медиков болезнями и “при минимальных затратах времени и усилий” исследовались методы лечения и достижения иммунитета к малярии, инфекционной желтухе, сыпному тифу. Стали известны всему миру эксперименты по стерилизации, регенерации костей, мышц, нервной ткани и по пересадке костей и т.д. и т.п. В конце августа 1947 года 1-ый Военный Трибунал США, действующий по договоренности с союзниками и по приказу американской администрации в Германии, вынес Приговор по делу “медиков”. Нюрнбергский Кодекс - это первый в истории международный “Свод правил о проведении экспериментов на людях”, который возник в результате осознания принципиального несоответствия некоторых видов медицинских экспериментов на человеке этическим принципам медицинской профессии, базовым принципам этики и человеческой морали.

Первые массовые научно-медицинские исследования в США и Европе также проводились на так называемом уязвимом контингенте - заключенных, психически больных и пожилых

людях, содержащихся в домах престарелых. Широкую известность приобрели исследования в США по естественному течению нелеченного сифилиса у четырехсот чернокожих больных из бедных слоев общества. Не менее известен эксперимент по применению жидкой формы сульфаниламида, включающей в качестве растворителя этиленгликоль, унесший жизнь 110 детям. Известна и катастрофа с талидомидом, результатом которой стало появление детей с врожденной аномалией развития - фокомелией - "тюленьи конечности". Многие дети, рожденные с фокомелией, умерли, но на сегодняшний день насчитывается около 10 000 больных с деформациями конечностей, ушных раковин, дефектами сердца и т.п. Известно, в 50-60 годы контингентом испытуемых в США становятся заключенные с обещаниями улучшения условий содержания и досрочного освобождения.

Сегодня биомедицинские исследования с участием человека продолжают оставаться необходимой формой существования медицины и здравоохранения. Масштабы проведения исследований с участием человека бурно и неуклонно расширяются. Например, "клинические исследования с участием человека в качестве его объекта, проводимых с целью открыть или подтвердить клинические или фармакологические и (или) другие фармакодинамические эффекты исследуемого продукта, определить его нежелательные реакции, изучить всасывание, распределение, метаболизм и экскрецию для установления безопасности и (или) эффективности, становится с каждым годом все больше. Если в 2000 году в России проводилось 241 КИ из них 129 международных многоцентровых, то в 2001 их было 263, а международных многоцентровых КИ - 154. Увеличилось и количество пациентов, участвующих в исследованиях (12 340 и 18 230 соответственно)" (см. Г.И. Сторожаков, Е.А.Малышева. Этические комитеты: их роль в проведении клинических исследований./ Медицинское право и этика. №4, 2002, с.16.).

В отчетах о деятельности клиник больниц все чаще фигурируют цифры, за которыми стоит значительное число врачей, работающих над кандидатскими и докторскими диссертациями. Это означает, что основной контингент пациентов - и взрослых, и детей, становятся объектами биомедицинских исследований. Но участие человека в научных исследованиях может создавать угрозу для его здоровья, жизни, для его прав, достоинства, благополучия и т.п. Возникает задача - защиты испытуемого от риска, который неизбежно сопровождает экспериментальную науку. Цивилизация и общество начинают поиск форм этой защиты. Сегодня мы можем сказать, что искомая форма защиты найдена. Это - биоэтика (или биомедицинская этика) в ее теоретической и практической формах. Теоретической формой является та система знания, с которой мы с вами сейчас начинаем знакомство. Практической формой биоэтики является существование и деятельность этических комитетов (или комиссий). Данная практическая форма биоэтики, приемлемая для европейской культуры и медицинского сообщества, была найдена членами Всемирной Медицинской Ассоциации. В 1964 году эта организация принимает Хельсинскую Декларацию Всемирной Медицинской Ассоциации. Ее основные положения становятся правовыми нормами многих национальных законодательств, например, для отечественного законодательства (см. ст.16 "Основ законодательства об охране здоровья граждан РФ"). В Хельсинской Декларации Всемирной Медицинской Ассоциации в разделе "Основные принципы", позиция 2, говорится: "Общая схема и план проведения каждого типа исследования должны быть четко описаны в протоколе, который представляется на рассмотрение и утверждение специальной комиссии. Члены комиссии должны быть независимы от лиц, проводящих исследование и спонсора исследования. Состав комиссии формируется в соответствии с законодательством страны, в которой проводится исследование".

2. Особенности современной науки и современной медицины.

Становясь наукой, современная медицина приобретает и основные особенности современной науки. К ним относятся, прежде всего:

- 1) доминанта конструирующих установок над приспособительными;
- 2) коммерциализация науки.

1) Доминанта конструирующих установок наиболее ярко проявляется в генетических технологиях, к которым относятся создание генномодифицированных организмов и продуктов, клонирование животных, генодиагностика. Должны ли существовать пределы и границы конструирования? Должны ли принципы морали распространяться на ученого-исследователя и его научную деятельность? Это серьезный этический вопрос от решения, которого буквально зависят судьбы цивилизации. Например. Генодиагностика актуализирует евгеническую проблему - проблему улучшения человеческой природы. Это проблема не только биомедицинская, но и социальная, этическая. В начале XX века генетик Николай Кольцов, писал, что реализация евгенических программ возможна лишь в условиях, во-первых, настоящего репрессивного государства, и, во-вторых, при моральной деградации общества - отказе от фундаментальной свободы выбора брачного партнера.

В начале XXI века эта проблема также требует принятия квалифицированных решений и в рамках профессиональной этической теории - в биоэтике - и в рамках компетентных и пользующихся социальным доверием организаций - в этических комитетах.

2) Коммерциализация науки проявляется в том, что достижения, открытия и изобретения ученых все более становятся товаром. Знание превращается в приносящий прибыль товар. Это особенно ярко проявляется в патентовании, открываемых генетиками генов, стволовых клеток и т.д. Патент - это рыночная форма научного знания. Патент - это товар, который предлагает наука. Неудивительно, что в организационной структуре научных лабораторий и институтов появляются рыночно ориентированные структуры - патентное бюро, группы маркетинга, отделов public relations и т.п. Одновременно возникает громадная машина и одна из наиболее влиятельных сфер современного бизнеса - фармацевтическая промышленность и фармацевтический рынок.

Фармацевтическое производство и рынок неизбежно подчиняются общим законам и механизмам товарно-денежных отношений и, в частности, нравственным отношениям "рынка", специфика которых отражается понятием "прагматизм". Для прагматизма, как социально-нравственного стереотипа поведения, характерно понимание в качестве должного и правильного того поведения, которое приводит в той или иной конкретной ситуации к наибольшей пользе не столько для других людей, сколько, прежде всего для самого действующего лица. Законы рынка и финансовые механизмы получения прибыли позволяют удовлетворять интересы субъектов торгово-производственной деятельности только в буквальном смысле "за счет" интересов потребителей их услуг. К сожалению, фармацевтические производства и рынок неизбежно включаются в систему товарно-денежных отношений со свойственной им прагматической спецификой. При этом опять же неизбежно, возникает естественное противоречие между прагматической этикой товарно-денежных отношений в фармации и этикой медицинской, деонтологической. В рамках врачебной этики от Гиппократов до Кантов и далее вплоть до русской нравственной философии, долг врача - это призвание и умение подчинить своей интересам, пользе и выгоде пациента. "Я направлю режим больных к их выгоде... В какой бы дом я не вошел, я войду туда для пользы больного" (Гиппократ. Избранные книги. М. 1936. - с. 87-88). Умение подчинить себя интересам больного - это не только и не просто

заслуживающие уважения свойства личности врача, а прежде всего свидетельство его профессионализма. Поведение врача, и с точки зрения его внутренних устремлений, и с точки зрения его внешних поступков, должно мотивироваться интересами и благом пациента, и не должно подчиняться личным интересам врача и поиску путей достижения этого интереса “за счет” страдающего человека. Однако формирование фармацевтической промышленности и рынка, включенность здравоохранения в систему товарно-денежных отношений - это реальность современной медицины, которая уже проявляет себя во множестве негативных явлений практического здравоохранения (фирменная монополия на производство лекарственного препарата, парафармацевтические средства, система работы с врачами по продвижению препарата фирмы на рынок и т.п.).

Под непосредственным воздействием товарно-рыночных отношений из общественного сознания понятие “медицинская помощь” все более вытесняется понятием “медицинская услуга”, которое отличается от первого тем, что содержит в себе ее конкретную стоимость и цену на рынке платных услуг населению. Последствия смены понятий - “медицинская услуга” вместо “медицинская помощь” - уже известны истории. Ситуации, когда болезнь человека становится источником дохода и врач кровно заинтересован в росте числа больных, противоестественны по своему этическому основанию. Это в значительной степени способствует укреплению тенденции выбора многими странами систем государственного управления и обеспечения работы здравоохранения. Одним из современных критериев оценки благополучия государства является то, в состоянии ли оно, и каким образом оно обеспечивает охрану здоровья своим гражданам. Принцип справедливости в здравоохранении сегодня непосредственно связан не только с правом человека на охрану здоровья, но и с тем, как обеспечивается это право, в какой мере обеспечивается социальная защита человека в данном обществе в области здравоохранения. Решение этих вопросов - является также одной из принципиальных задач теоретической и практической биоэтики. Все выше перечисленное - это современные этические проблемы медицины. Именно поэтому биоэтика определяется как современная форма традиционной врачебной этики. В связи с этим возникает вопрос - связана ли? и если “да”, то как? связана биоэтика, как современная форма профессиональной этики, с традиционной врачебной этикой? С той традиционной этикой, которая хранит и охраняет принципы и подходы, имеющие непреходящее значение для врача, и которая в европейской культуре оформляется уже в V веке до нашей эры и находит свое документальное выражение в известной “Клятве Гиппократа”? Ответом на этот вопрос является предлагаемая вашему вниманию логическая периодизация истории профессиональной врачебной этики.

3. Периодизация истории профессиональной врачебной этики. Исторические и логические модели биомедицинской этики.

Более 25 веков в европейской культуре формировались, сменяли друг друга различные морально-этические принципы, правила, рекомендации, сопровождавшие медицину на протяжении всей ее истории. Если мы обозначим все многообразие многовекового врачебного нравственного опыта понятием “биомедицинская этика”, то обнаружим, что сегодня биомедицинская этика существует в четырех формах или моделях: модели Гиппократа, модели Парацельса, деонтологической модели и в виде биоэтики. Теоретические особенности и морально-этические принципы каждой из этих моделей являются реальными элементами целостной системы профессионально-этического знания и составляют ценностно-нормативное содержание профессиональной современной биомедицинской этики.

3.1. Модель Гиппократа и принцип “не навреди”

Исторически первой формой врачебной этики были моральные принципы врачевания Гиппократ (460-377 гг. до н.э.), изложенные им в “Клятве”, а также в книгах “О законе”, “О врачах” и др.

Гиппократ называют “отцом медицины”. Эта характеристика не случайна. Она фиксирует рождение профессиональной врачебной этики.

В древних культурах — вавилонской, египетской, иудейской, персидской, индийской, греческой — способность врачевать свидетельствовала о “божественной” избранности человека и определяла его элитное, как правило, жреческое положение в обществе. Например, первые вавилонские врачи были жрецами, и основными средствами лечения были обряды и магия. Первый египетский целитель Имхотеп — жрец, который в последствии был обожествлен (около 2850 г. до н.э.) и храм в его честь в Мемфисе был одновременно и госпиталем и медицинской школой. Медицинская практика была исключительным правом магов Персии и брахманов Древней Индии. Исследователи предполагают, что отец Гиппократа был одним из жрецов Асклепия — бога врачевания у древних греков.

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 Гиппократа были впервые сформулированы и выписаны именно обязанности врача перед больными и своими коллегами по ремеслу.

Гиппократ писал: “Клянусь Аполлоном врачом, Асклеием, 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 достоинствами 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, свободными 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”.

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 соблюдаются и сегодня,

приобретая в том или ином этическом документе, будь то “Декларация”, “Присяга” и т.п. свой стиль, особую форму выражения.

Примером документа, созданного на основе “модели Гиппократа” служит “Клятва российского врача”, принятая 4-й Конференцией Ассоциации врачей России в ноябре 1994 г., являющейся обязательной для членов этой Ассоциации:

“Добровольно вступая в медицинское сообщество, я торжественно клянусь и даю письменное обязательство посвятить себя служению жизни других людей, всеми профессиональными средствами стремиться 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 и 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”.

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, имущественно 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”.

Практически же в то же время, когда разрабатывались и принимались выше перечисленные тексты, параллельно шла работа над текстом Присяги врача России в Общественно-церковном Совете по биомедицинской этике при Московском Патриархате Русской Православной Церкви. В итоге Совет принимает Присягу следующего содержания:

“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 лицепрития, 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”.

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, являются принципами, заданными этикой Гиппократата. Речь идет о 10 принципах (или обязательствах), а именно:

- 1/ об обязательствах перед учителями, коллегами и учениками,
- 2/ о гарантиях непричинения вреда,
- 3/ о гарантиях оказания помощи,
- 4/ об обязательствах проявления уважения к пациенту,
- 5/ об обязательствах проявления справедливости,
- 6/ об отрицательном отношении к эвтаназии,
- 7/ об отрицательном отношении к абортатам,
- 8/ об отказе медицинских работников от интимных связей с пациентами,
- 9/ о заботе о пользе больного,
- 10/ о врачебной тайне.

Можно ли среди перечисленных обязательств выделить главное? Можно. Нравственный опыт и история врачевания делают свой выбор. Именно поэтому обязательство “о не причинении вреда”, превращается в основополагающий для модели Гиппократата 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 Гиппократата 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.

3.2. Модель Парацельса и принцип “делай добро”.

Второй исторической формой врачебной этики стало понимание взаимоотношения врача и пациента, сложившееся в средние века, т.е. на протяжении длительного исторического периода с 1 века нашей эры вплоть до 18 века. Данный период человеческой истории - это время распространения и безусловного влияния и авторитета христианства.

То, что было признано античной культурой в качестве основной черты профессиональной врачебной этики - а именно то, что практическое отношение врача к больному, изначально должно быть ориентированно на заботу, помощь, поддержку человека, удивительным образом совпадает с христианской нормой отношения человека к человеку — “люби ближнего своего как самого себя”, “любите врагов ваших” (Мф. 5, 44). Именно эта норма — в профессиональной врачебной этике становится реальным критерием и для выбора профессии, и для определения меры врачебного искусства.

Именно Парацельсу (1493-1541 гг.) - родоначальнику в области создания химических лекарств, удалось выразить эту норму особенно четко. Парацельс учил своих учеников: “Сила врача — в его сердце, работа его должна руководствоваться Богом и освещаться естественным светом и опытностью; важнейшая основа лекарства — любовь”.

“Модель Парацельса” — это такая форма врачебной этики, в рамках которой нравственное отношение с пациентом понимается как одна из важнейших составляющих стратегии терапевтического поведения врача. Если в гиппократовской модели медицинской этики, прежде всего, завоевывается социальное доверие личности пациента, то в “модели Парацельса” делается акцент на учете эмоционально-психических особенностей личности, на признании важности душевных контактов с врачом и включенности таких контактов в лечебный процесс.

В границах “модели Парацельса” в полной мере развивается патернализм как тип взаимосвязи врача и пациента. Медицинская культура использует латинское слово *pater* — “отец”, которым в христианстве именуют не только священника, но и Бога. Подлинный смысл патерналистского подхода заключается в том, что связь между врачом и пациентом воспроизводит не только лучшие образцы кровно-родственных отношений, для которых характерны положительные психоэмоциональные привязанности и социально-моральная ответственность, но и “целебность”, “божественность” самого отношения врача к больному.

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 даяние доброе... исходит 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”.

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 принято было фиксировать в опыте и медицинском знании только на уровне болевых ощущений. Средневековое понимание болезни — это, прежде всего состояние переживания боли. Но боль, также как и радость, благодарность — это человеческое

чувство. “А чувство, — учил Блаженный Августин (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, т.к. чисто механическое повреждение, не заключает в себе боли”. Именно душа является для тела деятельным и управляющим принципом .

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”. 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”.

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”.

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 десакрализировал патернализм, констатируя “либидоносный” характер взаимоотношения врача и пациента. Его понятия “трансфер” и “контртрансфер” были средством осмысления сложного межличностного отношения между врачом и пациентом в психотерапевтической практике. С одной стороны, Фрейд констатировал “целебный” характер личной включенности врача в лечебный процесс. С другой, — он говорил о необходимости ее максимальной деперсонализации (со стороны врача), в частности и для психоэмоциональной 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 и психотерапевтическую компоненту, “должен быть безупречным, особенно в нравственном отношении”. Очевидно, речь идет не только о “безупречности” как теоретически выверенной стратегии терапевтического поведения, основывающегося на особенностях природы лечебной деятельности и на сущностных принципах человеческой жизни, но и о “безупречности” как почти механической точности соответствия поведения врача нормам этических требований.

3.3. Деонтологическая модель и принцип “соблюдения долга”.

Соответствие 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. Он использовал этот термин, чтобы обозначить реально существующую область медицинской практики — врачебную этику — которую в России пытались “отменить” после переворота 1917 года за связь традиционной врачебной этики с религиозной культурой. Но можно ли уйти от этой связи? Логически это сделать невозможно. Истоки представлений о “должном” находятся в религиозно-нравственном сознании, для которого характерно постоянное сопоставление себя с “должным” и оценка действий не только по результатам, но и помыслам.

Деонтологическая модель врачебной этики — это совокупность “должных” правил, соответствующих той или иной конкретной области медицинской практики. Примером такой 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” .

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:

интимные контакты между врачом и пациентом, возникающие в период лечения, аморальны;

интимная связь с бывшим пациентом может в определенных ситуациях признаваться неэтичной;

вопрос об интимных отношениях между доктором и пациентом следует включить в программу обучения всех медицинских работников.

врачи должны непременно докладывать о нарушении врачебной этики своими коллегами”.

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 содержат подробный перечень и описание этих правил практически по всем медицинским областям.

3.4. Биоэтика и принцип “уважения прав и достоинства человека”.

В медицинской этике на уровне деонтологической модели, например, в акушерстве и гинекологии, 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”. А в биоэтике основным становится конфликт прав, например, “права плода на жизнь” и “правом женщины на аборт”. Еще одним примером может служить отношение к эвтаназии. Правовое сознание пациента, отстаивающее “право на достойную смерть”, вступает в противоречие с правом врача не только следовать профессиональному принципу “не навреди”, но и исполнить 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”. Однако только одно “но”, с точки зрения Ж. Доссе, стоит на пути этой светлой перспективы. Это — “лицо или группа лиц, движимых жадной властью и нередко зараженных тоталитарной идеологией”.

Прогностическую медицину еще можно было бы определить как бессубъектную, безличностную, т.е. способную к диагностированию без субъективных показателей, жалоб и т.п. пациента. И это действительно реальный и беспрецедентный рычаг контроля и власти, как над отдельным человеком, так и над всем человечеством. Эти тенденции и объясняют, 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 же 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 них является своеобразной формой защиты прав и достоинства человека.

Конфликт “прав”, “принципов”, “ценностей”, а по сути — 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”. 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 г.). 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”.

Заключение.

Исторический и логический анализ развития этики врачевания приводит к следующему выводу:

Более 25 веков в европейской культуре формировались, сменяли друг друга различные морально-этические принципы, правила, рекомендации, сопровождавшие медицину на протяжении всей ее истории.

Сегодня все многообразие многовекового врачебного нравственного опыта объединяется и обозначается понятием “биомедицинская этика”. Проведенное нами историческое и логическое исследование обнаруживает, что биомедицинская этика существует в четырех формах или моделях: модели Гиппократовы, модели Парацельса, деонтологической модели и в виде биоэтики.

Несмотря на различия между этими формами, биомедицинская этика уникальна прежде всего тем, что является логически целостной системой знания. Например, известно, что такие ее формы как модель Гиппократовы и модель Парацельса формировались в диаметрально противоположных мировоззренческих культурах - языческой и христианской. Но даже они теснейшим образом связаны между собой. 10 обязательств “Клятвы Гиппократовы” логически сопряжены с ценностями христианской этики - любовью, милосердием и состраданием.

Итак, теоретические особенности и морально-этические принципы каждой из перечисленных исторических моделей являются реальными элементами целостной системы профессионально-этического знания и составляют ценностно-нормативное содержание профессиональной современной биомедицинской этики.

Гиппократ. Избранные книги. М., 1936, с. 87-88.

Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы. Сборник официальных документов. М., 1995, с. 7.

Корженьянц Б. Парацельс. Там же, с. 86-87.

“О Боге, человеке и мире: из откровений святых отцов, старцев, учителей, наставников и духовных писателей Православной Церкви”. М., 1995, с. 39.

Цит. по Майоров Г.Г. Формирование средневековой философии. М. Мысль. 1979, с. 253.

См. Августин Аврелий. Исповедь. М., Renaissance, 1991, с. 205.

Жильсон Э. Разум и откровение в средние века. — “Богословие в культуре средневековья”. Киев. 1992, с. 31.

Корженьянц Б. Парацельс. “Мир огненный”, 1994, № 5, с. 87.

Gorton D . F . History of Medicin . NewYork and London:G.P.Putman*s Sons, 1910, p. 205.

Шерток Л. ,Р. де Соссюр. Рождение психоанализа. М. Прогресс, 1991, с. 54.

Петров Н.Н. Вопросы хирургической деонтологии. Л. 1956, с. 51.

Интимная связь между врачом и больным в медицинской практике. — “JAMA”, 1992, № 2, с. 21.

Персианинов Л.С. Деонтология в акушерстве и гинекологии. — Сб.: “Проблемы медицинской деонтологии”. М. 1977, с. 81.

Доссе Жан. Научное знание и человеческое достоинство. — “Курьер Юнеско”, ноябрь, 1994, с. 6.

Юдин Б.Г. Социальная институционализация биоэтики. — Сб.: “Биоэтика: проблемы и перспективы”. М. 1992, с. 113.

Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан (1993г.), статья 16. / Сборник нормативных актов по охране здоровья граждан Российской Федерации. М. 1995, с.16.