

Ирина Силуянова

ЭТИКА ВРАЧЕВАНИЯ. СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНА И ПРАВОСЛАВИЕ

М.: Изд-во Московского Подворья Свято-Троицкой Сергиевой лавры. 2001.

*Печатается по благословению
Святейшего Патриарха Московского и всея Руси
Алексия II*

Ирина Васильевна Силуянова - заведующая кафедрой биомедицинской этики Российского государственного медицинского университета, доктор философских наук, профессор. Автор книг “Этика врачевания. Современная медицина и Православие” (1-е изд. М., 1998), “Искушение клонированием” (М., 1998), “Человек и болезнь” (М., 1998) и большого числа публикаций, посвященных этическим проблемам современной медицинской науки и практики. Новое, исправленное и значительно дополненное, издание книги “Этика врачевания” включает в себя и официальные материалы: положения двух разделов “Основ социальной концепции Русской Православной Церкви” и документы Церковно-общественного совета по биомедицинской этике при Московской Патриархии.

ISBN 5-7789-0111-9

© Московское Подворье Свято-Троицкой Сергиевой Лавры. 2001

СОДЕРЖАНИЕ

[Предисловие к 1-му изданию](#)

[Предисловие ко 2-му изданию](#)

[Введение](#)

[Раздел I. Медицина, этика, право и религия: формы взаимодействия](#)

[Глава 1. Медицина в системе знаний о человеке](#)

[1.1. Медицина между нравственностью и моралью](#)

[1.2. Медицина между правом и моралью](#)

[Глава 2. Моральные принципы биомедицинской этики \(исторические модели\)](#)

[2.1. Принцип “не навреди” \(модель Гиппократ\)](#)

[2.2. Принцип “делай добро” \(модель Парацельса\)](#)

[2.3. Принцип “соблюдение долга” \(деонтологическая модель\)](#)

[2.4. Принцип “уважения прав и достоинства человека” \(биоэтика\)](#)

[Глава 3. Биоэтика в либеральном и консервативном контекстах](#)

[3.1. Общецивилизационные основания биоэтического знания](#)

[3.2. Типы этических учений и формы биоэтики](#)

[3.3. “Христианская биоэтика в католицизме и протестантизме”](#)

[3.4. Нравственное богословие Православия и биоэтика](#)

Раздел II. Ценности человеческой жизни и права человека

Глава 4. “Жизнь” как ценность

- 4.1. Этические проблемы аборта, контрацепции и стерилизации
- 4.2. Этические проблемы новых “технологий зачатия” (искусственного оплодотворения)
- 4.3. Этические проблемы генных технологий
- 4.4. Этические проблемы сексологии и сексопатологии

Глава 5. “Физика” и “метафизика” смерти

- 5.1. Критерии смерти и морально-мировоззренческое понимание личности
- 5.2. Эвтаназия - моральные, правовые и социальные проблемы
- 5.3. Последнее право последней болезни, или смерть как стадия жизни
- 5.4. “Информационное согласие”: от процедуры к доктрине
- 5.5. Этические проблемы трансплантологии

Глава 6. Идея справедливости в медицине и здравоохранении

- 6.1. Идея справедливости и формы организации здравоохранения
- 6.2. Справедливость как неравенство и частная медицина
- 6.3. Справедливость как равенство в праве на милосердие и общественные системы здравоохранения
- 6.4. Врачевание как деятельное проявление справедливости

Заключение. “Врач! Исцели самого себя!”

Предисловие к 1-му изданию

В 1992г. российская общественность ознакомилась с книгой “Медицина и права человека: Нормы и правила международного права, этики, католической, протестантской, иудейской, мусульманской и буддийской религиозной морали”. Это издание было осуществлено при содействии Европейского секретариата Совета Европы по научным изданиям. В предисловии к книге, подписанном Генеральным секретарем Совета Европы К. Лалюмьер 11 октября 1990 г., разъясняется, что “со дня своего создания в 1949г. Совет Европы осуществляет поставленную перед ним задачу по созданию все более тесного союза европейских государств, основанного на уважении общечеловеческих ценностей, демократии и прав человека”.

Отсутствие в данном издании ясно выраженной православной позиции по социально-этическим проблемам современной медицины связано, скорее всего, с организационными причинами: в 1992г. Россия, как и ряд других стран Центральной и Восточной Европы, еще не входила в Совет Европы.

Однако обеспокоенность европейского сообщества проблемами, связанными с перспективами развития новых медицинских технологий, разделяет и российское общество. Предлагаемая вниманию читателей книга - первая попытка заполнить информационный пробел, допущенный в издании Совета Европы, и рассмотреть этические проблемы современной медицинской науки и практики с позиций православной нравственной антропологии.

Для меня оказалось великой честью, что издание этой книги было осуществлено по благословению Святейшего Патриарха Московского и всея Руси Алексия II.

Хотелось бы также выразить сердечную благодарность за поддержку и участие архиепископу Истринскому Арсению, vicарии Московской епархии, и архимандриту Лонгину, настоятелю Московского подворья Свято-Троицкой Сергиевой Лавры. Неизменно теплым вниманием к моей работе я обязана игумену Мелхиседеку, настоятелю Московского подворья Оптиной пустыни.

Я благодарю настоятеля Университетской церкви во имя мч.Татианы протоиерея Максима Козлова и руководителя Медико-просветительского центра “Жизнь” священника Максима Обухова за полезные советы, столь пригодившиеся в работе. Значительную поддержку при подготовке настоящего издания мне оказывал священник Владимир Вигилянский.

Я хотела бы выразить признательность Российскому гуманитарному научному фонду, поддержавшему исследовательский проект “Биоэтика и православная культура”, а также доктору медицинских наук, профессору Московской медицинской академии им. И.Сеченова А.В.Недоступу; академику РАМН, доктору медицинских наук, профессору Российского государственного медицинского университета В.А.Таболину; члену-корреспонденту РАН, директору Института человека РАН, доктору философских наук, профессору Б.Г.Юдину; главному редактору газеты “Татьянин День” В.В.Томачинскому за участие в обсуждении работы.

Ирина Силуянова. Москва, ноябрь 1997 года от Рождества Христова

Предисловие ко 2-му изданию

Со дня выхода первого издания книги прошло совсем немного времени, но в рассматриваемых мною областях медицинской науки и практики произошло уже немало событий, вполне засвидетельствовавших, что проблемы, обсуждавшиеся в книге, весьма и весьма актуальны. Применение новых биомедицинских технологий с каждым годом расширяется, причем оно осуществляется вне рамок правового регулирования. Поэтому вопрос о 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 практически единственным способом защиты общества от разрушительных последствий использования новых биомедицинских технологий.

Осознав это, священнослужители и ведущие православные ученые объединились и по благословению Святейшего Патриарха Алексия II создали при Московской Патриархии Церковно-общественный совет по биомедицинской этике. В течение 1998-1999 гг. 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 поставлены новейшими биомедицинскими технологиями. Кроме того, в этих заявлениях впервые запечатлены особенности православного подхода к проблеме соотношения религии и науки в контексте развития современного медицинского знания. Первое издание книги “Этика врачевания. Современная медицина и Православие”, усердная работа Церковно-общественного совета по биомедицинской этике позволили привлечь внимание Церкви к проблемам вторжения биомедицинских технологий в жизнь современного человека.

Глубокая пастырская озабоченность этим процессом нашла свое отражение в “Основах социальной концепции Русской Православной Церкви”, принятых на Юбилейном Архиерейском Соборе в августе 2000 года. Новое издание “Этики врачевания” включает в себя положения двух разделов “Основ...”: “Здоровье личности и народа” и “Проблемы биоэтики”, что способствует более глубокому освещению органичной взаимосвязанности медицины, морали и Православия.

Ирина Силуянова. Москва, январь 2001 года от Рождества Христова

Введение

"Всякого, даже непосвященного, человека не могут не озадачить новые этические "стандарты", сопровождающие практику современной медицины: "дарение органов", "милосердное убийство", "рациональное планирование семьи", "искусственный отбор", "медицинское прогнозирование", "моральность трупного донорства", "репродуктивные права". У православного же человека подобные "стандарты" вызывают вполне естественный протест.

Совместима ли современная медицинская практика генетической диагностики, искусственного оплодотворения, трансплантации, реанимации с христианским отношением к человеку? Приемлема ли для православного человека современная биомедицинская деятельность? Может ли он соглашаться на участие в том или ином медицинском эксперименте? Однозначные ответы вряд ли достаточны, пытливым умам нужно понять существо этических проблем врачевания в свете христианской веры.

Кроме того, однозначные ответы сами по себе не снимают, но лишь обостряют вопрос о мере "христианизации мира". Христианский мыслительг. Федотов писал: "Лишь на фоне природы и на фоне греха, образующих общую ткань социальной жизни, выступает вполне значение подвига святости и значение того молекулярного процесса освящения и христианизации мира <курсив мой. - И.С.>, который является делом Церкви в веках"[1].

Является ли "делом Церкви" в кон. XXв. медицина и все, что происходит с болеющим и страждущим современным человеком? Предание и история свидетельствуют, что медицина никогда не отторгалась Православием и была неотъемлемой частью православной культуры. В Новом Завете мы не встретим осуждения применения медицинских средств. Согласно Священному Преданию, один из учеников Христа, Ап. Лука (+I), был врачом. Врачевание - профессия мчч. Космы и Дамиана Римских (+284), вмч. Пантелеймона Целителя (+305). Да и вообще в истории Церкви найдется немало примеров, когда священники и даже епископы занимались врачеванием не только духовных, но и телесных недугов[2]. И если телесная болезнь - это следствие греха, то не во имя ли его излечения приходит в мир и Сам Спаситель: Не здоровые имеют нужду во враче, но больные... Ибо Я пришел призвать не праведников, но грешников к покаянию (Мф.9,12-13). Исцеляйте... больных, - научает Христос своих учеников (Лк.10,9).

Именно эта причастность духовного и телесного врачевания православной культуре с особой остротой ставит вопрос о новых методах медицинского воздействия, которые не только отличаются от тех, что применялись во времена библейские, но и от тех, которые применялись в медицине вплоть до недавнего времени.

Со вт. пол. XXв. изменения в медицинской теории и практике принимают принципиально новый характер. Новые возможности медицины связаны не столько с лечением, сколько с управлением человеческой жизнью. 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). Согласуется ли новая медицинская практика с внутренним духом и строем Православия?

Отвечая на этот вопрос, очень не хотелось бы толкать православного человека - врача или пациента - на исхоженный советским атеизмом вдоль и поперек тупиковый путь противопоставления науки и веры. Утверждать, например, что именно в качестве новой научной технологии искусственное оплодотворение несовместимо с Православием. Сегодня всем очевидно, насколько произвольно и упрощенно воинственное противопоставление науки и веры, медицины и религии. Сама история свидетельствует, что новые медицинские технологии не так уж и новы, а некоторые из них зарождались в недрах христианской культуры. Так, например, на католической фреске XVв. (собор св.Марка, Флоренция, Италия) изображена “трансплантологическая” операция - святые Косма и Дамиан приживляют некоему диакону Юстиниану ноги недавно умершего человека. Первый известный науке опыт по искусственному оплодотворению был произведен в 1780г. в католическом монастыре аббатом Л. Спалланцани. А основателем генетики стал австрийский монах Г.Мендель. Все это говорит о том, что злом являются не биомедицинские технологии сами по себе: опасно забвение и несохранение чистоты того морального смысла, которым они были определены к существованию. Неудивительно, что создатель фармацевтической химии Парацельс, для которого размытость границы между лекарством и ядом была совершенно очевидной, провозгласил опорой медицины добродетель и профессиональную этику врача[3].

Нравственная культура медика является принципиальной составляющей его профессионализма. Попытка переоценить традиционные ценности и переосмыслить роль профессиональной этики чревата изменением самой природы врачевания и появлением узкого специалиста - “полуврача”. Ключом к пониманию этого в свете христианской морали являются слова свт.Василия Великого (+379) в “Беседах на Шестоднев” о слепнувших при свете дня “полуученых”, имеющих “глаза сов, ибо зрение совы, проникающее сквозь мрак ночи, поражается великолепием света”[4].

Девиация моральных норм современной медицины “поражается великолепием света” христианской нравственности. Именно поэтому таким значимым становится не только формирование в кон. XXв. биоэтики как системы знания о границах допустимого манипулирования жизнью и смертью человека, но и “выверка” этих границ нормами христианской, православной, морали.

Уже более 1000 лет русская культура является культурой христианской. Несмотря на 70-летнюю государственную, планомерную и разностороннюю, борьбу с религией, 80% населения, по свидетельству социологических опросов последних лет, полагают, что религия играет в их жизни важную роль. Полнота культурной жизни современной России немыслима без учета религиозно-нравственных ценностей.

В то же время нельзя не отметить, что современное российское законодательство об охране здоровья граждан являет собой попытку организовать работу отечественного здравоохранения в новой для России, но давно принятой западной культурой либеральной парадигме права и законности. Именно поэтому в данной книге воспроизводятся и анализируются не только основные положения и формулировки того или иного закона, но и их основание - логика либеральной идеологии.

В 1993г. в России появился Православный медико-просветительский центр “Жизнь”. Перед ним стояла задача распространения информации об отношении Православной Церкви к абортam,

контрацепции, стерилизации, к деятельности Ассоциации планирования семьи, к фетальной терапии.

В 1998г. был создан Церковно-общественный совет по биомедицинской этике при Московской Патриархии, который организовал работу по выработке отношения к проблемам эвтаназии, пересадки органов и т.п. как с духовной, так и с медицинской точек зрения. В 2000г. на Юбилейном Архиерейском Соборе приняты “Основы социальной концепции Русской Православной Церкви”. В разделе “Здоровье личности и народа” как “весьма важное” оценивается “ознакомление преподавателей и учащихся медицинских учебных заведений с основами православного вероучения и православно ориентированной биомедицинской этики”[5].

“Провозглашая принцип свободы совести, общество ныне видит в Церкви равноправного участника преобразований, которыми занята страна, в первую очередь - нравственных преобразований”[6].

В связи с особенностями русской истории XXв. нравственные преобразования связываются сегодня не столько с очередным нравственным “обновлением”, сколько с обращением к забытым ценностям и традициям. “Беспамятство - разрушительно, память - созидательна”, - напоминает Д. Лихачев[7]. Это касается и молодого поколения российских врачей. Естественно поэтому, что крайне важна ориентация нравственных преобразований в современной России на духовно-культурное наследие - на великие культурные традиции Православия. В Святоотеческом Предании, в русской религиозной философии, для которой нравственные вопросы всегда были особенно значимы, в т.ч. в творчестве С.Булгакова, В.Зеньковского, Л.Карсавина, В.Лосского, Н.Лосского, В.Несмелова, В.Соловьева, П.Флоренского, С.Франка, мы можем найти опору в подходе к решению проблем жизни и смерти, здоровья и болезни, свободы и несвободы человека, существующего сегодня в условиях мощного вторжения техногенной цивилизации в пространство и время простого человеческого бытия.

Формы морально-мировоззренческой реакции на появление биомедицинских технологий в разных культурах различны. Проф. Э. Пеллегрини, в недавнем прошлом директор Института этики Джорджтаунского университета (США, Вашингтон) пишет: “Англо-американский аналитический образ действий, начинающий с этики, не годится, например, для культуры Востока... 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”[8].

Подход к проблемам современной биомедицины, определяемый православной культурой, - это уникальнейшее и ценнейшее достояние всего мирового сообщества. Одновременно это - свидетельство верности своей культурно-религиозной традиции, что в немалой степени способствует ее выживанию и сохранению.

- [1]. Федотовг. Православие и историческая критика // Вопросы философии. 1990, №8, с. 150.
 [2]. Варнава (Беляев), еп. Основы искусства святости: В 5 т. Н.Новгород, 1996, т.2, с. 48.
 [3]. Сорокина Т. История медицины. М., 1988. С.44.
 [4]. Моссв. Православный подход к науке // Православная жизнь. 1995, 38, с.25.
 [5]. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви // Информационный бюллетень Отдела внешних церковных сношений Московского Патриархата. 2000. №8. С.68

- [6]. Иванов М. Церковь и мир // О вере и нравственности по учению Православной Церкви. М., 1991. С.247.
- [7]. Лихачев Д. Память преодолевает время // Наше наследие. №1. 1988. С.1.
- [8]. Pellegrino E. Einleitung // Bioethik in den USA / Hrsg/ Hans-Martin Sass. Berlin; Heidelberg, 1988/ S.17.

Раздел I. Медицина, этика, право и религия: формы взаимодействия

Тысячелетиями в европейской культуре существовала тесная и прочная связь религии, этики и медицины. Заданная христианством, смыслообразующая цель человеческого существования в мире наполнялась конкретными мироповеденческими ориентациями, ценностями, нормами морали и реализовывалась в конкретной практической деятельности милосердия и врачевания. Традиционная профессиональная врачебная этика (как никакая другая форма профессиональной этики!) обнаруживала эту связь.

Особенностью современной интеллектуальной жизни России является сосуществование различных, порой противоположных морально-мировоззренческих ориентации. В этих условиях вопрос о морально-этическом самосознании врача приобретает особую остроту. Достижения современной медицинской науки и практики - реаниматология, трансплантология, медицинская генетика, искусственное оплодотворение, выходя на новые уровни влияния и управления человеческой жизнью, сталкиваются и вступают в противоречие с традиционными нравственно-мировоззренческими принципами. Возникают непростые вопросы. Например, имеет ли моральное право врач-реаниматолог осуществлять умерщвление в ситуациях безнадежного состояния больного? Насколько необходима организация медицинского умерщвления для трансплантологической практики? Ведь при условии возможности умерщвления врач освобождается не только от великого медицинского запрета не навреди, но и от великой общечеловеческой моральной заповеди не убий (Исх.20,13).

Рациональный аргумент, оправдывающий новую практику, - *цель оправдывает средства* - тем не менее не освобождает медицинского работника от опасности разрушающего воздействия этих "средств" на его нравственное самосознание, на эмоционально-психическую стабильность его личности. Не станет ли такая рациональная аргументация губительной для традиционных составляющих врачебной этики - милосердия, сострадания, терпения, человеколюбия? Должна ли, наконец, современная медицинская этика, формирующая нравственное мировоззрение врача, переосмыслить традиционные морально-этические установки? Если да, то как? Или врачебная этика должна следовать этим традиционным представлениям?

Глава 1. Медицина в системе знаний о человеке

Корень слова *медицина* (индоевроп. - **med-*) означает *середина, мера*. Смысл этих слов связан и с нахождением средства (меры) исцеления, и с оценкой исцеления как действия между чудом и знанием, и со “срединным” местом медицины между естествознанием и антропным (социально-гуманитарным) знанием. Современная медицина осуществляет уникальный синтез 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 нем всегда предполагает нравственное измерение.

1.1. Медицина между нравственностью и моралью

Нравственность - это внутренний код, определяющий человеческие поступки. Неудивительно поэтому, что религиозная традиция (а вслед за ней и любая фундаментальная философская система) обладает “ключом” к расшифровке этого кода: она включает в себя этику. Лат. слово *ethica*, восходящее к греческому “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 довольно часто используются как синонимы. Однако между ними существует различие.

Анализ этимологии слова нрав приводит к исконно русскому норов, что как нельзя лучше свидетельствует о том, что слова нрав, нравственность фиксируют эмоционально-психическое состояние человека, его характер, который не всегда оценивается положительно. Норов, или нрав, человека может быть веселым или печальным, добрым или жестоким и т.п. Это различие сохраняется, когда поступок человека оценивается как нравственный (человек действовал по своему нраву), но не моральный (человек действовал вопреки нормам общества). Типичным примером несовпадения нравственности и морали является поступок Анны Карениной в романе Л.Толстого. Анна, оставляя мужа, поступает нравственно, 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.

Рассуждая схематично, каждый поступок человека можно представить как результат взаимодействия (включая противоборство) его нрава (природы, свободы) и моральных норм (долга, обязанности). Ибо знаю, что не живет во мне, то есть в плоти моей, доброе; потому что желание добра есть во мне, но чтобы сделать оное, того не нахожу. Доброго, которого хочу, не делаю, а злое, которого не хочу, делаю (Рим.7,18-19). Многообразие возможных комбинаций 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 известен уже свыше 3000 лет и принят разными народами как основа нравственной жизни. Более того, история культурных сообществ свидетельствует, что в главных моральных универсалиях существует фундаментальное единообразие, 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 этическими ценностями <курсив мой. - И.С.>”[1]. К непреходящим этическим ценностям относятся сочувствие, забота, милосердие, “жизнеспереживание”. Следует заметить, что именно эти ценности являются центральными и определяющими для профессиональной врачебной, медицинской морали.

Независимо от того, где и когда работает врач, несмотря на существующие временные и пространственные границы между людьми и их культурно-национальные различия, фундаментальные ценности милосердия и сохранения любой ценой жизни больного принимаются всеми врачами. Таким образом, к принципиальным особенностям профессиональной врачебной морали относится ее универсальный, наднациональный, 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 этике от любой другой системы моральных обязательств, в т.ч. и специально профессиональной?

Возникновение той или иной формы профессиональной морали является результатом взаимодействия 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 специфическое отступление от общепринятых моральных представлений. Оно имеет форму 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 натуралистических и гедонистических ориентации, которые были направлены на культивирование естественных свойств и индивидуальных потребностей человека. Отклонение в нравственном поведении врача от повседневной практики человеческих отношений Гиппократ видел прежде всего в том, что оно не должно быть ориентировано на личное индивидуальное благо врача и поиск путей достижения этого блага (будь то благо материальное, чувственное и т.п.).

Умение подчинить себя интересам больного, милосердие и самоотверженность - 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. “В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи Далек от всего намеренного, несправедливого и пагубного”, - писал Гиппократ[2]. Он 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, - говорил Гиппократ, - там и любовь к своему искусству”[3].

В этом смысле типологическая близость медицинской профессиональной этики и этики религиозно-деонтологической очевидна.

Православие, являясь онтологически, исторически и логически первым вероучением христианства, сформировало особую традицию 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 - фундаментальный принцип бытия, закон “устроения” мира, без соблюдения которого распадается связь “времен” и смыслов, в т.ч. и смысла человеческой жизни, который - в христианской этике - непосредственно связан со служением ближнему. В связи с этим врачевание - одна из самых уникальных профессий, назначение которой максимально совпадает с “деланием добра”, с христианскими ценностями милосердия, человеколюбия и охранения жизни. Неслучайно первая модель социального института здравоохранения (как деятельного проявления милосердия и человеколюбия) была реализована именно в христианских монастырях.

Глубоко символичен Красный Крест - знак Международной организации медицинской помощи и милосердия, на которую уповают сегодня в каждом неблагополучном районе мира. Снова и снова подтверждаются слова свт.Иоанна Златоуста (+407): “Такова сила милосердия: оно бессмертно, нетленно и никогда не может погибнуть”[4].

Однако назначение этики, и общей, и профессиональной, состоит не только в том, чтобы перечислить основные (в частности, для данной специальности) ценности и связать их в определенное практическое нравоучение. Одной из важнейших задач этики является объяснение и обоснование того, почему именно эти ценности получают статус основных, какова природа и причина их обязательности, в каком отношении к другим формам регулирования врачебной деятельности, в частности к медицинскому праву, находятся ценности профессиональной этики.

1.2. Медицина между правом и моралью

В настоящее время медицинская деятельность регламентируется двумя формами социального регулирования - моралью и правом. Принципиальное отличие правового регулирования человеческих отношений от морального заключается в том, что правовое - 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 В.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 и 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 этого правосудия 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 Советском Союзе преобладала карательная, а не охранительная функция правосудия. Доктрина государственного уголовного возмездия основывалась на понимании права как средства предупреждения преступления. Права гражданина в области здравоохранения сводились к государственным гарантиям от профессиональных преступлений, подлежащих уголовному наказанию. Согласно Уголовному кодексу РСФСР (в редакции от 27 октября 1960-го) 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 (в редакции от 15 мая 1995-го) 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 1 января 1997 г., перечень основных профессиональных преступлений сохраняется. Статья о “разглашении сведений, составляющих врачебную тайну”, поглощается более общей формулировкой Ст.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 произошли не только в Уголовном кодексе. В 1993г. 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.п.

Эти законы детально регламентируют взаимоотношения 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 1996г. 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” (а не только карательное) правосудие, чья основная задача заключается в охране

и защите прав и свобод личности. Они 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”. Однако необходимо отметить, что тенденция истолковывать право как институт, который и способен, и предназначен “определять поведение людей и их коллективов, давать ему направление функционирования и развития, вводить его в определенные рамки, целеустремленно его упорядочивать”[7], страдает известной односторонностью. Нельзя забывать, что “право есть низший предел или определенный минимум<курсив мой. - И.С.> 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 европейско-азиатской культуры. Однако заповеди - это веление Бога, они непреложны, а право - это феномен человеческой воли, выражение ситуационных интересов и потребностей людей.

Влияние и организующая роль библейской морали в формировании законодательств современных культур вряд ли может быть оспорена. 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 этот 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 вв. - Т.Гоббса, Дж.Локка, Ж.Ж.Руссо, И.Канта, И.Фихте и др. - к принципиальному отделению права от нравственности и к приданию праву присущего ему чисто формального характера. Право начинают определять как средство разграничения воли отдельных лиц.

Тем не менее “минимум морали” сохраняется и в предельно формализованном праве. Он, этот минимум, заключается в признании ценности достоинства человека и его неотъемлемых прав. До сер. XVIII в. эта ценность была обусловлена религиозным пониманием личности: достоинство человека и его права, и прежде всего право на свободу, определялись исходя из того, что каждый человек есть образ и подобие Божие. На протяжении веков эта идея работала на превращение различий между людьми (свободными и рабами, варварами и греками и т.д.) в “антропологически несущественные”. Результатом этой многовековой работы и являются признаваемые ценности прав, свобод и равенства людей.

Секуляризованные ценности “естественных прав” и достоинства человека становятся “этическим минимумом” либерального права. Эти ценности отбирает и признает либерализм по критерию их естественной природности, который - в свою очередь - объявляется определяющим в условиях “этического плюрализма”, т.е. разнообразия моральных регуляторов и их относительности. 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 как совокупность установленных или санкционированных государством общеобязательных правил поведения [10]. Соединение понимания права как совокупности общеобязательных правил поведения с законодательным принципом, согласно которому “каждая женщина имеет право <курсив мой. - И.С.> самостоятельно решать вопрос о материнстве” (Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. Ст.36), и дает в итоге “новый этический стандарт”, формирующий сознание людей, определяющий их поведение и приводящий к той печальной статистике, по которой Россия устойчиво занимает первое место в мире по числу производимых абортов.

Попытки современного права в России подменить собою моральное регулирование обрекают законодательство на отказ от своих важнейших функций - упорядочивания, соблюдения и охраны интересов всех членов общества. Например, “право” женщины “самостоятельно решать вопрос о материнстве” просто не может быть согласовано с пониманием деторождения как дара Божьего и расходится не только с убеждениями людей, разделяющих моральные принципы христианства, но и с положениями ислама, иудаизма и других вероисповеданий.

Данный пример можно рассматривать как показательный в смысле принципиального несовпадения законов и нравственных ценностей, различия права и морали. Это несовпадение ценностей и законов позволяет понять, 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) выполняет социальную функцию защиты личности врача, защиты его права поступать не только по закону, но и по совести.

К типичным примерам несовпадения права и морали можно отнести законы фашистской Германии 1938-39 гг. об эвтаназии неполноценных. Известный немецкий философ и психиатр К. Ясперс утверждал, что XXв. 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 успехи науки против человеческого достоинства [11].

Если врач не ограничивается в своей деятельности механическим исполнением законов, но стремится выполнить свой профессиональный долг осмысленно, то освоение морально-этического знания означает для него приближение к решению этой задачи.

- [1]. Синха Сурия Пракаш. Юриспруденция: Философия права: Краткий курс. М., 1996. С.87.
- [2]. Гиппократ. Избр. книги. М., 1936. С.87-88.
- [3]. Гиппократ. Избр. книги. С.121.
- [4]. Избр. места из творений святого Иоанна Златоуста. М., 1987. С.11.
- [5]. Соловьевв. Оправдание добра // Соч. : В 2 т., М., 1988. Т.1. С.448-449.
- [6]. См.: Ардашева Н. Проблемы гражданско-правового обеспечения прав личности в договоре на

оказание медицинской помощи. Тюмень, 1996. С. 128-138.

[7]. Алексеев С. Теория права. М., 1995. С.31

[8]. Соловьев. Оправдание добра. С.448.

[9]. Трубецкой Е. Лекции по энциклопедии права. М., 1913. С.25.

[10]. См.: Большая Советская Энциклопедия. М., 1975. Т. 20. С.475.

[11]. См.: Доссе Ж. Научное знание и человеческое достоинство // Курьер ЮНЕСКО. 1994. №11. С.7.

Глава 2. Моральные принципы биомедицинской этики (исторические модели)

Более 25 веков в европейской культуре формировались, сменяя друг друга, различные морально-этические принципы, правила и рекомендации, сопровождавшие существование и развитие медицины. Возможно ли в этом многообразии выделить то, что имеет непреходящее значение для современного врача? Если мы обозначим все разнообразие врачебного нравственного опыта понятием биомедицинская этика, то обнаружим, что сегодня она существует по преимуществу в четырех формах или моделях: модели Гиппократата, 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 этих моделей определяли становление и выработку тех моральных принципов, которые составляют сегодня ценностно-нормативное содержание современной биомедицинской этики.

2.1. Принцип “не навреди” (модель Гиппократата)

Исторически первой формой врачебной этики были моральные принципы врачевания Гиппократата (ок.460-ок.370 до Р.Х.), изложенные им в “Клятве”, а также в книгах “О законе”, “О врачах” и др. Гиппократата называют “отцом медицины”. Эта характеристика неслучайна. Она фиксирует рождение профессиональной врачебной этики.

В древних культурах - египетской, вавилонской, индийской, персидской, иудейской, греческой - способность врачевать свидетельствовала о “божественной” избранности человека и определяла его элитное, как правило жреческое, положение в обществе.

Например, первые вавилонские врачи были жрецами, а основными средствами лечения были обряды и магия. Первый египетский целитель, Имхотеп, тоже был жрецом. Впоследствии он был обожествлен (ок.2850 до Р.Х.), и храм в его честь был одновременно и госпиталем, и медицинской школой. Медицинская практика была исключительным правом магов Персии и брахманов Древней Индии. Исследователи предполагают, что отец Гиппократата 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” Гиппократата были впервые сформулированы и расписаны обязанности врача как перед больными, так и перед своими коллегами по ремеслу.

Гиппократ писал: “Клянусь Аполлоном-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 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 направлю 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, несправедливого 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”[1].

Практическое отношение врача к больному и здоровому человеку, изначально ориентированное на заботу, помощь, поддержку, - безусловно, является основной чертой профессиональной врачебной этики. То, что в христианской морали является идеальной нормой отношения человека к человеку: Люби ближнего твоего, как самого себя (Лев.19,18); Любите врагов ваших (Мф.5,44), - в профессиональной врачебной этике есть реальный критерий и для выбора профессии, и для определения меры врачебного искусства.

Нормы и принципы поведения врача, определенные Гиппократом, не являются простым отражением специфических отношений врач - больной в их конкретно-историческом виде. Они наполнены содержанием, обусловленным целями и задачами врачевания, - содержанием, которое 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 и 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 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”[2].

В 1999г. Государственная Дума РФ приняла текст “Клятвы врача”, который составляет ст.60 “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”.

Параллельно шла работа над текстом “Присяги врача России” в Церковно-общественном совете по биомедицинской этике при Московской Патриархии, принявшем в итоге следующий текст:

“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 обязательства торжественно, свободно и честно”.

Ту модель врачебной этики, которая рассматривает проблему взаимоотношения врача и пациента под углом зрения социальных гарантий и профессиональных обязательств медицинского сообщества, можно назвать моделью Гиппократ. 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, абортam, об отказе медицинских работников 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* (курсив мой. - И.С.)”. Принцип *не навреди* фокусирует в себе гражданское кредо врачебного сословия. Модель Гиппократова содержит исходную профессиональную гарантию, которая рассматривается как условие и основание для признания врачебного сословия не только обществом в целом, но и каждым человеком, который доверяет врачу ни много ни мало - свою жизнь.

2.2. Принцип “делай добро” (модель Парацельса)

Второй исторической формой врачебной этики стало понимание взаимоотношений врача и пациента, сложившееся в средние века. Выразить ее особенно четко удалось Парацельсу (1493-1541). К.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”[3].

Модель Парацельса - это такая форма врачебной этики, в рамках которой нравственное отношение к пациенту 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 душевного контакта с врачом и включенности такого контакта в лечебный процесс.

В границах модели Парацельса в полной мере развивается патернализм (от лат. *pater* - отец) как тип взаимосвязи врача и пациента. Подлинный смысл патерналистского подхода заключается в том, что связь между врачом и пациентом воспроизводит не только лучшие образцы кровнородственных отношений, для которых характерны положительные психо-эмоциональные привязанности и социально-моральная ответственность, но и некую “божественную целебность” самого контакта врача и больного.

Эта “божественная целебность” определена и 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). Прп. Максим Исповедник (+662) писал: “Всякая добродетель безначальна, и время не предшествует ей, поскольку они имеют от вечности своим Родителем Единственного Бога”[4]. Парацельс учил: “Сила врача - в его сердце, работа его должна руководствоваться Богом и освещаться естественным светом и опытностью; важнейшая основа лекарства - любовь”[5].

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. В средневековом понимании состояние болезни - это прежде всего состояние переживания боли. Но боль, так же как и радость, благодарность, - это человеческое чувство. “А чувство, - учил блж. Августин (+430), - есть то, благодаря чему душа осведомлена о том, что испытывает тело”[6]. Чувство боли, например, от ножевой раны испытывает душа, ибо “боль не содержится в ножевой

ране, так как чисто механическое повреждение не включает в себе боли”[7]. Именно душа является для тела деятельным и управляющим принципом[8].

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 не зависима от каких бы то ни было телесных органов... Такие способности относятся к более высокому уровню, чем телесность, и намного превосходят ее возможности”[9]. 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”[10].

Считается, и не без оснований, что христианское понимание души способствовало становлению суггестивной терапии (терапии внушения), которую активно применял выдающийся врач XVIв. Д.Кардано, рассматривая ее как необходимую и эффективную составляющую любого терапевтического воздействия. Кардано оценил роль фактора доверия. Он утверждал, что успешность лечения во многом определяется верой пациента во врача: “Тот, кто больше верит, излечивается лучше”[11].

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 кон. XIXв. З. Фрейд десакрализировал патернализм, констатируя “либидонозный” 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 т.ч. 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”[12]. 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.

2.3. Принцип “соблюдения долга” (деонтологическая модель)

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. *долг, должное и закон, учение*) был введен в советскую медицинскую науку в 40-х гг. XXв. проф. Н.Петровым. Он использовал этот термин, чтобы обозначить реально существующую область медицинской практики - врачебную этику, - которую

за ее “связь” с религиозной культурой в России пытались “отменить” после Октябрьской революции 1917 года. Но от этой “связи” уйти 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.Петров в работе “Вопросы хирургической деонтологии” предложил 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. Петрова, “информирование” должно включать не столько “адекватную информацию”, сколько внушение “о незначительности риска в сравнении с вероятной пользой операции”[13].

Еще одним примером деонтологической модели являются правила, которым обязан следовать врач при возникновении проблемы интимной связи между ним и пациентом. Правила разработаны Комитетом по этическим и правовым вопросам при Американской медицинской ассоциации (АМА). 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[14].
- 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 общества, медицинского сообщества и его, врача, 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 т.ч. 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 в соответствии с требованиями принципа “соблюдения 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 гг. содержат подробный перечень и описание подобных правил по всем медицинским областям.

2.4. Принцип “уважения прав и достоинства человека” (биоэтика)

В медицинской этике на уровне деонтологической модели, например в акушерстве и гинекологии, речь идет об “осторожности в высказываниях при пациентах”, “о завоевании доверия”, “о ровном, спокойном, разумном поведении врача, сочетаемом с заботливым и внимательным отношением к пациенту”[15]. А в биоэтике основным становится конфликт противостоящих друг другу прав (в данном случае права плода на жизнь и права 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 исполнять заповедь - не убий (Исх.20,13).

В современной медицине речь идет уже не только о помощи больному, но и о возможностях управления процессами 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 на пути этой светлой перспективы стоит одно но. Это - “лицо или группа лиц, движимых жаждой власти и нередко зараженных тоталитарной идеологией”[16].

Прогностическую медицину можно было бы определить еще и как бессубъектную, безличностную, т.е. способную к диагностированию без субъективных показателей и жалоб пациента. И это действительно реальный и беспрецедентный рычаг контроля и власти как над отдельным человеком, так и над всем человечеством. Эти “тоталитарные” тенденции и объясняют, почему в 60-70-х гг. XXв. 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 культурных норм) - реальность современного общества. Конкретной организационной формой разрешения возможных противоречий в области биомедицины являются, например, биоэтические общественные объединения (этические комитеты). Проф. Б.Юдин полагает, что “биоэтику следует понимать не только как область знаний, но и как формирующийся социальный институт современного общества”[17]. 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”) ст.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”[18]. Исторический и логический анализ развития этики врачевания приводит к следующему выводу: современная биомедицинская этика содержит в себе все четыре исторические модели - Гиппократ и Парацельса, деонтологиче-скую модель и биоэтику. Биомедицинское знание и практика сегодня, так же как и в предшествующие времена, неразрывно связаны с этическим знанием, которое в культуре и Европы, и России неотделимо от христианских традиций. Пренебречь, сознательно или бессознательно, связью медицины, этики и религии или исказить эту связь - значит неизбежно исказить сущность и назначение каждого из этих жизненно важных способов человеческого существования. Прп.Нектарий Оптинский (+1928) учил: “Если вы будете[19] Сборник нормативных актов по охране здоровья граждан Российской Федерации. М., 1995. С.16

- [1]. Гиппократ. Избр. Книги. С. 87-88.
- [2]. Врачебные ассоциации, медмцмская этика и общемедицинские проблемы: Сборник официальных документов. М., 1995. С.7.
- [3]. Цит. по: Корженьянц Б. Парацельс // Мир огненный. 1994. №5. С. 86-87.
- [4]. Цит. по: О Боге, человеке и мире: Из откровений святых Отцов, старцев, учителей, наставников и духовных писателей Православной Церкви. М., 1995. С. 39.
- [5]. Цит. по: Корженьянц Б. Парацельс. С. 86-87.
- [6]. Цит. по: Майоровг. Формирование средневековой философии. М., 1979. С. 253.
- [7]. Цит. по: Там же.
- [8]. См.: Блж. Августин. Исповедь. М., 1991. С. 205.
- [9]. Цит. по: Жильсон Э. Разум и откровение в средние века // Богословие в культуре средневековья. Киев, 1992. С. 31.
- [10]. Корженьянц Б. Парацельс. С. 86-87.
- [11]. Цит. по: Garton D. History of Medicine. N.Y.; L.? 1910. P. 205.
- [12]. Цит. по: Шерток Л., Соссюр Р. Де. Рождение психоанализа. М., 1991. С. 54.
- [13]. Петров Н. Вопросы хирургической деонтологии. Л., 1956. С. 51.
- [14]. См.: Интимная связь между врачом и больным в медицинской практике // JAMA. 1992. “2. С. 21.
- [15]. Персианинов Л. Деонтология в акушерстве и гинекологии // Проблемы медицинской деонтологии. М., 1977. С. 81.
- [16]. Доссе Ж. Научное знание и человеческое достоинство. С. 6.
- [17]. Юдин. Б. Социальная институционализация биоэтики // Биоэтика: проблемы и перспективы.

М., 1992. С. 113.

[18] Сборник нормативных актов по охране здоровья граждан Российской Федерации. М., 1995. С. 16.

[19] О Боге, человеке и мире... С. 19.

Глава 3. Биоэтика в либеральном и консервативном контекстах

Биоэтика - это современная форма профессиональной биомедицинской этики. В ней задача регулирования человеческих отношений подчиняется задаче сохранения жизни человеческого рода.

Задача сохранения жизни непосредственно связана с самой сутью и назначением морали вообще. Даже представители натуралистического материализма не могли этого не признавать. 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, каннибализмом, “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”[1]. Несколько упрощая позицию Фрейда, можно сказать, что “этическое” являлось у него своеобразной формой защиты от разрушительных начал “природно-биологического”.

Сегодня “этическое” вынуждено стать и становится формой защиты “природно-биологического” от разрушительного воздействия современной культуры на свои же собственные естественно-природные основания. Сам термин биоэтика - “этика жизни” - оказывается весьма информативным. Биоэтика как конкретная форма “этического” возникает из потребности природы защитить себя от “подавляющей сверхмощи” культуры в лице ее крайних претензий на преобразование и изменение “природно-биологического”. Это свое культурно-историческое предназначение биоэтика реализует конкретными средствами, которыми располагает то или иное общество, государство, региональное объединение государств (например, Совет Европы) или религиозная традиция.

3.1. Общецивилизационные основания биоэтического знания

Постановка вопроса об общих основаниях той или иной формы знания предполагает определенное отстранение от ее конкретных характеристик.

Существенными становятся лишь общие, основные, порождающие знание факторы культуры. К ним относятся: 1) научный, 2) социальный и 3) ценностно-мировоззренческий.

Первый фактор - научный - представлен новейшими биомедицинскими технологиями. В любой стране трансплантация, реанимация, искусственное оплодотворение, генная терапия - это конкретные направления современной врачебной практики. Научное знание, в частности медико-биологическое, по самому своему определению универсально. Универсальность научного знания заключается в том, что наука, и прежде всего естествознание, изучающее законы объективного мира, не связана в своем содержании с теми или иными особенностями отдельных наций. Особенности стран и регионов определяют лишь разный вклад в уровень ее развития. Всеобщность научного знания заключается в общем пользовании результатами науки и недопущении монополизации знания[2]. Общее пользование и обмен результатами-условия

существования и развития научного знания. Э.Пеллегрини справедливо полагает, что “биоэтические проблемы не имеют национальных и культурных границ”[3]. 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 последствий научно-технической практики и для отдельного человека, и для общества в целом - ставит ряд практических задач по социальному регулированию научной деятельности как на уровне экспериментальных исследований, так и на уровне практического внедрения и использования. В проблемном спектре современной культуры устойчивое место заняли проблемы социального признания, социализации научных открытий и социальной ответственности ученых-исследователей.

Первым международным документом, который поставил проблему социальной ответственности ученых на уровень социально-значимых общецивилизационных проблем, стал Нюрнбергский кодекс (1947), который был принят Международным военным трибуналом на основании материалов и протоколов медицинских опытов на человеке в нацистской Германии. В 1975г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) принимает постановление под характерным названием “Защита человеческой личности и ее физической и интеллектуальной целостности с учетом достижений биологии, медицины, биохимии”. В 1976г. Всемирная медицинская ассоциация (ВМА) принимает Хельсинкскую декларацию, на основании которой этическое обеспечение медицинских исследований становится обязательным условием их осуществления. Перечисление подобных документов - международных и национальных - может составить не один том. Принципиальное значение для социальной практики регулирования научной медико-биологической деятельности приобретает Конвенция Совета Европы 1996 года “О защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины: конвенция о правах человека и биомедицине”.

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.

Растущая взаимозависимость научных и социальных реалий современной биомедицины создала ситуацию, которая потребовала теоретического освоения. Термин биоэтика в 90-х гг. принимает форму понятия, включающего всю совокупность социально-этических проблем современной медицины, среди которых одной из ведущих оказывается проблема социальной защиты не только права человека на самоопределение, но и права человека на жизнь.

Третий фактор- ценностно-мировоззренческий.

Мировоззренческий плюрализм кон. XXв. - это сосуществование различных форм миропонимания в границах государства, региона, мира в целом. Одним из достижений демократических усилий современной культуры является 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, и именно в пограничных вопросах жизни и смерти, делает эту несовместимость особенно драматичной.

3.2. Типы этических учений и формы биоэтики

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 очевидно сводится в своем логическом пределе к двум типам этических теорий. Первый тип связывает решение морально-этических проблем с Божественным Откровением. Для второго типа характерно отрицание этой связи и стремление обойтись принципом целесообразности и пользы. Логическое противостояние этих двух типов этических теорий принимало в истории культуры разные формы, да и сами они назывались по-разному.

Первый тип 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” природных потребностей или нужд, социальных интересов человека, которые служат “базисом” для череды сменяющих друг друга ценностей и идеалов. Конечной же позицией, как правило, становится нигилизм, т.е. отрицание ценности идеального измерения человеческих отношений. Понятия *милосердия, любви, заботы, сострадания* лишаются самодостаточности и рассматриваются всего лишь как более или менее удачно используемые средства для достижения 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. В перечне возможных “благ” ведущее место занимает экономическая польза. Несложные 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 натуралистической, прагматической этики представлена наиболее последовательно.

В “Сумерках идолов” Ницше пишет: *“Мораль для врачей. Больной - паразит общества. В известном состоянии неприлично продолжать жить. Прозябание 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 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 говорю я! сама жизнь имеет от этого БОльшую выгоду (разрядка моя. - И.С.), чем от какой-нибудь “жизни” в отречении, бледной немочи и другой добродетели... ”[4]

Основные установки натуралистическо-прагматической этики являются принципами обоснования морально-этической “правомерности” эвтаназии, экономической и демографической целесообразности “прогностического” контроля медицинской генетики за “здоровьем населения”, правомерности уничтожения жизни на эмбриональном уровне, просчитывания “цены” трансплантологического продления и завершения жизни по критериям “смерти мозга” и т.п.

Во вт. пол. XXв. 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, напротив, 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 “горячим” сердцем. “Технология деторождения” - одно из названий нового вида бизнеса, уже сегодня весьма процветающего. “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 врожденных 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 этого права 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* (от лат. *im* - не и *moralis* - нравственный), свидетельствуя прежде всего о своем принципиальном противостоянии традиционному морально-этическому сознанию.

Традиционное морально-этическое сознание представляет собой особый тип этических учений, - тип, к которому относятся этические доктрины иудаизма, конфуцианства, этические воззрения Гераклита, Сократа, Платона. Все перечисленные концепции совершенно оригинальны и 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, не сводимая 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* (ср.: 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*”[5], - требовал Конфуций. Свод нормативных правил *ли* не допускал ситуационного или какого-либо творческого подхода. Допускалось лишь одно: тщательное изучение этих правил и их соблюдение.

Для характеристики античной этики часто используют изречение Гераклита, согласно которому человек, поскольку он есть человек, обитает вблизи Бога. Этой “обителью” (греч. *эмос*) и является этика, которая в своем истоке глубоко онтологична или, как говорит М. Хайдеггер, фундаментально онтологична[6].

Особое место среди нравственных учений религиозного типа занимает христианская этика. Для европейской культуры вообще, и для российской в частности, христианское нравственное учение имеет определяющее значение. Оно существовало и существует как многовековая традиция этического толкования Откровения, начиная с творений Отцов Церкви и включая богословие средних веков и нового времени, вплоть до современного религиозного этического сознания. “Ключом” к христианской этике можно рассматривать слова, с которых блж.Августин начинает свою “Исповедь”: “Не знает покоя сердце наше, пока не успокоится в Тебе”[7].

В христианской этике “мера” морали открыта каждому человеку в Божественном 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 (напомню: от греч. *долг, должное и закон, учение*) становится синонимом нравственной философии.

Влияние Канта на современную религиозную католическую и протестантскую этику 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 “отслеживание” и оценка всех происшествий, случаев, судеб и их классификация.

3.3. “Христианская биоэтика” в католицизме и протестантизме

От других религиозных конфессий Католическую церковь отличает то, что она, во-первых, практически постоянно держит в фокусе своего внимания 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 о том, что Католическая церковь “постоянно развивает свое учение и ищет ответ на все возникающие вопросы. Так, например, с этической точки зрения была рассмотрена вся биомедицина”[8]. Разработки католических теологов безусловно значимы и ценны. И прежде всего, потому, что эти разработки, представленные множеством статей, монографий, докладов, способствовали тому, что “христианская биоэтика” стала не только возможной, но и обрела реальность в духовном пространстве современной культуры.

Многими само словосочетание *христианская биоэтика* может быть оценено как слишком смелая попытка примирить и объединить “традицию” и “инновацию”. Но сами католические теологи свою попытку создать “христианскую биоэтику” рассматривают как осуществление томистского принципа гармонии веры и разума. При этом христианская биоэтика не отказывается от благочестивой аргументации и рекомендаций, но является особой формой ведения дискуссии по этическим проблемам биомедицинской практики.

Особенностью католической христианской биоэтики является то, что она открыто объявляет о своих основаниях. Ими служат 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 понимание смерти как неокончательной стадии бытия[9].

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 исходя из ее оснований. Дискуссия с “другими” биоэтиками ведется не на уровне расчета “блага” и “пользы”, а на уровне основополагающих антропологических принципов.

Р. 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 к эволюционистской антропологии и эволюционистскому образу человека. При этом он различает “теорию эволюции” и “эволюционизм”. Теория эволюции оценивается им как “местами гениальная теория о развитии и изменении форм и видов жизненных образований на протяжении долгого периода времени”[10]. “Эволюционизм” же для него - это мировоззрение, для которого характерно “физико-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”[11]. При этом высшей ценностью оказывается сама “эволюция”. Вытекающее из этого подхода “равенство перед эволюцией” допускает устранение нежелательных родовых явлений и под углом зрения интересов “здоровья народа”, интересов экономики и даже норм эстетики[12]. Кредо эволюционизма: право эволюции - высшее право[13].

Принципиальное значение для католической христианской биоэтики имеет аргументированная критика “эволюционистской антропологии”. Прежде всего фиксируется неполнота этой антропологии. Р.Лов говорит, что даже такой авторитетный психолог-бихевиорист, как Б.Скиннер, признает существование трех реальностей - свободы, права и достоинства, которые “стоят поперек эволюционизма и его все объясняющей “естественнонаучности””[14].

Среди многочисленных критических аргументов именно для биоэтики принципиальную роль играют следующие три. Первый связан с “самоотказом” эволюционизма “от притязаний на истину”. Этот “самоотказ” является следствием противоречия между “притязанием на истину” теоретиков эволюционизма и сущностным отрицанием “истины” как таковой. Например, Р.Доукинс, автор книги “Эгоистический ген”, полагает, что “любое познание и действие человека может быть объяснено как функция генов”[15].

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 является несоизмеримо “действительнее”, чем познание псевдонаучных объяснений, которые хотят внушить ему, что перечисленные реалии всего лишь предрассудки и иллюзии. То, что для него аутентично, это определяет сам человек перед научной рефлексией о чем-то”[16].

Третий аргумент связан с незаконным присвоением полномочий “знающих”. Исследуя человеческие гены, эмбрионы и т.п., ставя эксперименты, медицинские или психологические, 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 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, вступает в противоречие с 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. Папа 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”[17].

Учение о личности - это ведущая часть католической антропологии. Один из подходов к пониманию личности папа Иоанн-Павел II определяет так: “Никак нельзя согласиться называть человека особью вида *Homo sapiens*”[18]. Слово личность обозначает, что человек содержит в себе нечто большее, некую особую полноту и совершенство существования, и, чтобы подчеркнуть это, необходимо употребить слово личность[19].

Для раскрытия содержания слова личность исследователи используют ряд понятий. Среди них, в рамках христианской биоэтики, уставным 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 “субстанциональный взгляд на человека не снимает со счета, что человек есть также естественнобиологическая, общественная, экономическая сущность. Он отрицает только, что с помощью этого конгломерата человек становится понятным”[20]. Субстанциальное понимание человека предполагает, что человеку присущи 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”[21].

Среди различных форм, в которых проявляет себя “трансцендентное отношение”, значимо то, что называется достоинством человека. “Достоинство человека обнаруживает себя в его неотъемлемых правах”[22]. До сер. XVIIIв. эта идея имела религиозное содержание: каждый человек есть образ и подобие Божие и все люди равны перед Богом. Просвещение XVIIIв. секуляризует идею прав человека и равенства всех людей. Может быть, сегодняшнее повсеместное нарушение прав человека и человеческого достоинства приведет к обновленному признанию христианского понимания человека?

В современном католицизме формируется понимание христианской биоэтики как “антропологии человеческого достоинства”. Но создание таковой все же дело будущего. Пока речь идет о биоэтике как о философском “отслеживании” и оценке всех происшествий, случаев, судеб, их классификации и полном обсуждении. При этом “в силу особой природы духовного влияния единственным и обязательным регулирующим основанием для Католической церкви является свод ее официальных документов”[23].

Особенностью протестантского подхода к морально-этическим проблемам биомедицины является отказ от какого бы то ни было императивного понимания морали. Ж.-Ф. 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”[24]. Отсутствие официальных документов компенсируется ответственным и настойчивым поиском этической истины, “обретаемой каждым самостоятельно, без посредников”[25].

Известно, что разработка принципов главенства, преобладающего значения “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”[26].

Принцип *моральной автономии* является основополагающим для протестантской этики. Моральная автономия человека поднимается здесь до уровня самостоятельной силы, параллельной и равномошной природе. Эта равномошность фиксируется Кантом в его известном заключении “Критики практического разума”: “Две вещи наполняют душу всегда новым и все

более сильным удивлением и благоговением, чем чаще и продолжительнее мы размышляем о них, - это звездное небо надо мной и моральный закон во мне"[27]. Человек не растворяется в природе как одно из ее образований, в известном смысле он 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 имеет понимание 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 папизму. В системе принудительного авторитета Церкви сама мораль превращалась в авторитарное образование. Реформаторский призыв к свободе оправдывался подлинными христианскими основаниями и вел к пониманию важности и независимости, и автономности духовно-моральной жизни человека. Трансформация идеи независимости в богоборчество произойдет позднее[28].

Тем не менее нельзя недооценивать 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 с безвольными объектами “научных” исследований или социально-политических манипуляций. Принцип моральной автономии пресекает любое посягательство на личность, независимо от того, продиктовано ли оно эгоистическими интересами интеллектуальной элиты, или - “альтруистскими” мотивами “всеобщего счастья” и “всеобщего блага”, “здоровья нации”, “интересов народа”, “логикой прогресса” и т.п. Особенно популярной на исходе нашего столетия становится идея “прогресса”. Неудивительно поэтому, что, пройдя соответствующее осмысление и толкование, протестантский принцип моральной автономии становится в современной биомедицинской этике основополагающим и “работающим” принципом уважения автономии пациента.

Однако, на пороге нового столетия оценивая положительный смысл этической автономии, нельзя не учитывать и ее отрицательный момент, который заключается в возможности произвола, таящегося в неограниченной “натуральной” свободе. Поэтому неудивительно, что, обсуждая проблемы биомедицины сегодня, Ж.-Ф.Колланж констатирует, что “протестантская этика сводится главным образом к этике ответственности”[29].

3.4. Нравственное богословие Православия и биоэтика

Могут ли быть найдены ответы на современные биоэтические “запросы” 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, призванной к почести высшего звания Божия во Христе Иисусе (Флп.3,14), к достижению совершенства Небесного Отца (см.: Мф.5,48) и к обожению, т.е. причастию *Божеского естества* (2Пет.1,4)”[30]. 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”[31]. Эта подмена является источником формирования “юридического” отношения к Богу.

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... преобразование собственной природы по образу Бога, достижение совершенства”[32]. ***Будьте совершенны, как совершен 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”[33]. В “неопределимости” Православия, в его меньшей “рационализированности” (например, по сравнению с католицизмом), - именно “в этом его большая свобода”[34]. “Свобода - благо, но она только тогда не становится произволом, когда она праведна и ведет нас к истине, ибо только истина делает людей действительно свободными”[35].

Истина Православия безусловно проявляется в догматах. Согласно В.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* (курсив мой. - И.С.)”[36]. Характеризуя христианскую догматику, диак. Андрей Кураев пишет: “Догмат - не колючая проволока, запрещающая выходить за очерченные пределы, это скорее дверь, через которую можно пройти в просторы, обычно недостижимые и даже незамечаемые”[37].

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* (курсив мой. - И.С), в познании свободы, нравственности, Бога, любви, красоты”[38]. Для этой позиции характерен подход “к реальностям экклезиологии не с вершин, а с “подножия”, беря за основание антропологию мира сего”[39].

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”[40].

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. в католицизме 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”[41].

Тайна же человеческого существа заключается в том, что человек является *причастником Божеского естества* (ср.2Пет.1,4). Эту мысль В.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”[42]. 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”[43]. 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”[44]. Реализованное в Боговоплощении, оно создает и гарантирует “тайну личности”.

Все попытки определить человека, - попытки, 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”[45]. Отказ от “тайны личности”, т.е. признания в человеке образа Божия, равносителен “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 диак. Андрей Кураев, - аборт и эвтаназия - это убийство”[46].

Данное суждение - конкретная и традиционная этическая оценка. Возникает вопрос: в какой мере можно оценивать то, что совершается сегодня (аборт, эвтаназия, искусственное оплодотворение и т.п.), мерками прошлого? Не является ли такая оценка только свидетельством “консервативности”, только свидетельством отставания христианства от “духовного возрастания” людей? На этот вопрос возможны два ответа: да, если под “духовным возрастанием” понимать некий “выход” за пределы древней традиции, охраняющей жизнь, и - нет, если видеть в нем, действительном духовном возрастании, открытую возможность духовного со-трудничества и со-работничества человека и Бога в преображении жизни. 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 творю Я, и он сотворит, и больше сих сотворит, потому что Я к 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?”[47]

Дела, которые творю Я, доступны человеку в том смысле, что могут и должны быть для него основной “онтологической ориентацией”. В области биомедицинских исследований это 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”[48].

Осмысление этого отношения в культуре, однако, различно. О. Сергей выделяет три формы. Первая - та, которая соответствует христианским представлениям о том, как человек овладевает миром 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 *человекоборчество*, звучавшее в перв. пол. XXв. весьма абстрактно, в нач. XXIV в. на уровне современной биомедицинской практики наполняется конкретным содержанием: аборты, 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 намерение 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* (от греч. *содействие, соучастие, содружество*), 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 Святой!.. Освяти их истиною Твоею* (Ин.17,11,17)”[49].

Не будет преувеличением предположение, что утверждение жизни также можно рассматривать как свидетельство о силе Божией, не оставляющей мира. Бог Дух Святой - это “жизни Податель” (молитва Святому Духу), “Господь Животворящий” (Символ веры).

Прп.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)”[50]. “Ибо жизнь - реальность, установленная не слепой стихией, смысл ее в той великой цели, которая извечно предопределена Богом”[51]. 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 пред 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).

Для христианства жизнь - не временное индивидуальное состояние, а явление вечное.

В. Лосский пишет: “Дело Христа - реальность физическая и, следует даже сказать, биологическая. На Кресте смерть поглощена Жизнью”[52]. Христос, “смертью смерть поправ”, Воскресением Своим “открывает дивную возможность - возможность освящения самой смерти; отныне смерть не тупик, а дверь в Царство”[53].

Митр. Антоний Сурожский, сам в прошлом врач, полагает, что надо обращать внимание студентов на то, что в течении 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”[54].

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, митр. Антоний выделяет еще один “несовременный” подход - “готовность дать человеку умереть”[55].

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”[56]. Врачевание как вид человеческой деятельности в известном смысле можно определить как торжество, пусть и временное, жизни над смертью. Основная задача врачевания, как ее очень точно сформулировал митр. Антоний Сурожский, - “оберегать жизнь”[57]. Опираясь на Святое Писание (на Книгу Премудрости Иисуса, сына Сирахова[см.Сир.38,1-15]), владыка утверждает, что “Бог создал и лекарства, и врача, и порой в его руке исцеление наше”[58]. Свт. Феофан Затворник (+1894) 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”[59].

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.

- [1] Фрейд З. Будущность одной иллюзии // Сумерки богов. М., 1989. С.110.
- [2] См.: Огурцов А. Аксиологические модели в философии науки // Философские исследования. 1995. №1. С.8.
- [3] Pellegrino E. Einleitung. S. 16.
- [4] Ницше Ф. Сумерки идолов, или Как философствуют молотом// Соч.: В 2 т. М., 1990. Т.2. С.611-612.
- [5] Цит. по: Переломов Л. Конфуцианство и легизм в политической истории Китая. М., 1981. С.88.
- [6] См.: Хайдеггер М. Письмо о гуманизме // Хайдеггер М. Время и бытие. М., 1993. С.21.
- [7] Блж. Августин. Исповедь. С. 53.
- [8] Сгречча Э. Католическая церковь и профессия врача // Медицина и права человека. М., 1992. С.38.
- [9] См.: Low R. Anthropologische Grundlagen einer christlichen Bioethik // Bioethik: Philosophisch-Theologische Beiträge zu einem brisanten Thema. Köln. 1990. S.8.
- [10] Ibid. S.11.
- [11] Low R. Anthropologische Grundlagen... S.12.
- [12] См.: Ibid. S.15.
- [13] См.: Ibid. S.16. [14] Ibid. S.16.
- [15] Цит. по: Low R. Anthropologische Grundlagen... S.17.
- [16] Ibid. S.18.
- [17] Иоанн-Павел II, папа. Любовь и ответственность. М., 1993. С.89.
- [18] Там же. С.86.
- [19] См.: Иоанн-Павел II, папа. Любовь и ответственность. М., 1993. С.86.
- [20] Low R. Anthropologische Grundlagen... S.22.
- [21] Ibid. S. 23.
- [22] Low R. Anthropologische Grundlagen... S.24.
- [23] Сгречча Э. Католическая церковь и профессия врача. С.38.
- [24] Колланж Ж.-Ф. Биоэтика и протестантизм // Медицина и права человека. С.41.
- [25] Там же.
- [26] Кант И. Основы метафизики нравственности // Соч.: В 6 т. М., 1965. Т.4. Ч.1. С.278.
- [27] Кант И. Критика практического разума // Соч. Т. 4. Ч. 1. С.449.
- [28] С позиций православного богословия, например с точки зрения протоиер. 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 (курсив мой. - И.С.)” (Зеньковский В., протоиер. Автономия и теонимия // Путь. 1926. №3. С.311.).
- [29] Колланж Ж.-Ф. Биоэтика и протестантизм. С.41.
- [30] Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. С.73.
- [31] Несмеловв. Наука о человеке. Казань, 1994. С.25.
- [32] Бердяев Н. Опыт философского оправдания христианства // Несмеловв. Наука о человеке. С.35.
- [33] Кураев А., диак. Традиция, догмат, обряд: Апологетические очерки. М., 1995. С.120.
- [34] Бердяев Н. Самопознание. М., 1990. С.163.

- [35] О вере и нравственности по учению Православной Церкви. С.52.
- [36] Лосский В. По образу и подобию. М., 1995. С.24.
- [37] Кураев А., иер. Традиция, догмат, обряд... С.117.
- [38] Low R. Anthropologische Grundlagen... S.18.
- [39] Лосский В. Кафолическое сознание (антропологическое приложение догматов Церкви) // Лосский В. По образу и подобию. С.163.
- [40] Бердяев Н. Опыт философского оправдания христианства. С. 31.
- [41] Бердяев Н. Опыт философского оправдания христианства. С. 32.
- [42] Несмеловв. Наука о человеке. С. 247.
- [43] Лосскийв. Богословское понятие человеческой личности // Лосскийв. По образу и подобию. С.114.
- [44] Кураев А., диак. Традиция, догмат, обряд... С. 123.
- [45] Там же. С. 124.
- [46] Там же. С. 115.
- [47] Булгаков С., протоиер. О чудесах евангельских. М., 1994. С. 64.
- [48] Булгаков С., протоиер. О чудесах евангельских. М., 1994. С. 73-74.
- [49] Христианство: Энциклопедический словарь: В 3 т. М., 1995. Т. 2. С. 527.
- [50] Прп. Максим Исповедник. Творения: В 2 кн. М., 1993. Кн. 1. С. 118.
- [51] О вере и нравственности по учению Православной Церкви. С. 6.
- [52] Лосскийв. Очерк мистического богословия Восточной Церкви; Догматическое богословие. М., 1991. С.286.
- [53] Там же.
- [54] Антоний Сурожский, митр. Исцеление тела и спасение души // Человек. 1995. №5. С.113.
- [55] Там же. С. 111.
- [56] Лосскийв. Очерк мистического богословия... С. 287.
- [57] Антоний Сурожский, митр. Исцеление тела и спасение души. С. 110.
- [58] Антоний Сурожский, митр. Исцеление тела и спасение души. С. 117.
- [58] Свт. Феофан Затворник. Болезнь и смерть. М., 1996. С. 28-29.

Раздел II

Ценности человеческой жизни и права человека

Христианство приносит в мир осознание ценности жизни, ибо предназначение христианства - спасение человека. Основанием христианской веры является краеугольное: ***Я есмь путь и истина и жизнь*** (Ин.14,6).

Прав. Иоанн Кронштадтский (+1908) писал: “Бог Отец - жизнь, Бог Сын - жизнь, Бог Дух Святой - жизнь: Троица Святая - жизнь... отвергни сердцем Отца - отвергнешь жизнь твоего сердца; отвергни Сына - отвергнешь жизнь свою; отвергни Духа Святаго - отвергнешь жизнь свою... а Бог останется Богом жизни в Трех Лицах” (Прав. И.Кронштадтский. Моя жизнь во Христе: В 2т. М., 1998. Т.1. С.111.).

Жизнь человек получает *как дар*, как причастие Той Самой Жизни, от Которой рождается и питается жизнь всего мира. И человеческая жизнь становится ценностью не в смысле возможности обладания и распоряжения ею. Ценность жизни и достоинство человека - в онтологической связи с творящей его Жизнью.

Глава 4. “Жизнь” как ценность

Трагедией нравственности называл Гегель противоречивую связь прогресса с унижением человеческого достоинства. Применение новейших биомедицинских технологий - как никакое другое направление научно-технического прогресса - ведет к обесцениванию человеческой жизни. Как это ни парадоксально, но эта тенденция проявляется особенно ярко именно в технологиях, обеспечивающих воспроизводство человеческой жизни. Заготовка “запасных” зигот[1] 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 необходимым условием фетальной терапии.

У данных вполне самостоятельных (несводимых друг к другу) технологий и связанного с ними комплекса этических проблем есть, однако, одно общее основание - это практика искусственного прерывания беременности.

4.1. Этические проблемы аборта, контрацепции и стерилизации

Искусственный аборт, контрацепция и стерилизация - современные формы медицинского вмешательства в репродуктивную способность человека. В XXв. такое вмешательство становится все шире и приобретает массовый характер. И это происходит на фоне принципиальных изменений нравственной оценки и юридического статуса подобного вмешательства. Цивилизованный мир - прежде всего государства Европы, США, Россия - пытается освободиться от предшествующей многовековой традиции, по которой аборт подвергался морально-религиозному осуждению и законодательному запрещению. Хорошо известно, что плодоизгнание каралось смертной казнью во всех европейских государствах на протяжении не одного столетия. 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), в Англии (1967), в США (1973), в Испании (1978), в Италии (1978), в Норвегии (1978), во Франции (1979), в Нидерландах (1981). В то же время еще имеются государства, которых не затронула легализация аборт. Это Ирландия и Португалия - страны с устойчивой католической культурой.

С нач. XXв. и до сих пор вопрос о легализации аборт 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 всю свою актуальность и сегодня. Это объясняется тем, что проблема аборта концентрирует в себе отношения между людьми на уровне этико-медицинского, юридического, социально-политического, религиозного, научного сознаний. Рассмотрев проблему аборта на каждом из этих уровней, можно попытаться 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 наличествуют две противоположные позиции. Движение от одной к другой и составляет историю вопроса об этико-медицинском отношении к плодоизгнанию.

Первая позиция выражена в “Клятве” Гиппократ. Среди многочисленных врачебных манипуляций Гиппократ особо выделяет плодоизгнание и обещает: “Я не вручу никакой женщине абортивного пессария”[2]. Так, еще в V-IV вв. до Р.Х., Гиппократ зафиксировал позицию врачебного сословия об 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 зародыша появится чувствительность и жизнь”[3].

В качестве “выразителя” второй позиции могут быть рассмотрены документы Ассоциации врачей России. В “Клятве российского врача” и в “Этическом кодексе российского врача”, принятых в ноябре 1994г. 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 при нынешней кризисной демографической ситуации в России. Однако такое предложение не было принято. Это выявило разрыв не только с принципом Гиппократ, но и с этическими традициями российского медицинского сообщества, существовавшими в России до 1917 года.

С нач. XXв. на страницах русских медицинских журналов и газет весьма интенсивно разворачивалось обсуждение этико-медицинских проблем искусственного аборта. Так, в 1900г. докт. Э.Катунский писал: “У акушера нет ни нравственного, ни юридического права производить эмбриотомию над живым плодом”[4]. В 1911г. докт. Т.Шабад констатирует, что аборт - “это социальное зло”. В то же время он (практически одним из первых) ставит вопрос о “праве матери распоряжаться функцией своего тела”, особенно в случае угрозы ее жизни. Фактически Шабад стоит у истоков либерального подхода к искусственному аборту, пытаясь найти аргументы против господствовавшего принципа, который, например, в католицизме был выражен так: “Вечная жизнь ребенка дороже временной жизни матери”[5]. При этом Шабад ссылается на принцип средневекового иудейского врача и богослова Маймонида: “Не следует щадить нападающего”, который Шабад трактует как разрешение на убийство ребенка в утробе матери, совершаемое врачом для спасения жизни матери. Такое действие 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, докт. Л.Личкус, выступая на съезде, говорил: “Преступный выкидыш, детоубийство и применение противозачаточных средств - симптом болезни современного человечества”[6]. Российские врачи с тревогой констатировали образование особого класса “профессионалов-плодоистребителей”, нелюбезно называя их “выкидышных дел мастерами”. Вот точка зрения докт. Я. Выгодского (из стенограммы съезда): “Принципиальный взгляд на выкидыш как на зло и убийство должен быть сохранен, производство выкидыша как профессия для врача недопустима”[7]. Проф. Б.Вериго полагал, что “всякий же аборт, произведенный врачом за плату, должен быть наказуем, тогда как всякий аборт, произведенный врачом бескорыстно, не должен считаться преступлением”[8]. Докт. Д.Жбанков писал: “Неопровержима связь между культурой

настоящего времени и упадком ценности жизни, как своей, так и чужой: выкидыш и самоубийство - явления одного порядка”[9].

И 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 Гиппократов, что задача медицины сохранять и удлинять человеческую жизнь, а не разрушать ее, хотя бы и в зародышевом состоянии”[10].

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 1913г. 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”[11].

Итогом широкого обсуждения в печати морально-этических проблем аборта в нач. XXв. было принципиальное различие и разведение вопросов о его этической недопустимости и уголовной наказуемости.

История вопроса о юридическом статусе плодизгнания

Как известно, в Древней Греции и Древнем Риме плодизгнание не считалось преступлением. Христианство распространяет ветхозаветную заповедь *не убий* (Исх. 20, 13) 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”[12]. К каноническим относится и суждение свт.Василия Великого: “Умышленно погубившая зачатый в утробе плод подлежит осуждению как за убийство”[13]. Эти идеи проникают в светское законодательство европейских государств в средние века. В VIIв. законодательство вестготов устанавливает в качестве наказания за изгнание плода смертную казнь. Такой подход был типичным для европейского законодательства средних веков и нового времени. В 1649г. смертная казнь за плодизгнание была введена и в России.

Под влиянием христианской морали и законов в XV, XVI, XVII вв. аборт как медицинская операция практически исчезает из врачебной деятельности. Поворотным становится 1852 год. После упорной борьбы, под давлением вопиющей статистики женской смертности при кесаревом сечении, в Парижской медицинской академии 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, особенно в тех случаях, когда беременность угрожает жизни матери. Смертная казнь за плодизгнание начинает вытесняться из законодательств европейских государств, однако плодизгнание сохраняет за собой при этом статус преступления “против жизни, против семьи и общественной нравственности”.

В первом русском Уголовном кодексе (1832) изгнание плода упоминается среди видов смертоубийства. Согласно Ст.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”[14].

Подлинная революция в законодательстве относительно аборт происходит в России после 1917 года. Восемнадцатого ноября 1920г. 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”[15]. Россия становится первой страной мира (не считая Франции периода Революции 1791-1810-х), где происходит полное освобождение женщин и врачей от уголовной ответственности. Запрещение аборт в 1936г. сменилось их новой легализацией в 1955 году. Эта легализация была продолжена и в Законе РСФСР о здравоохранении (1971) и в “Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан” (1993). Последнее законодательство отличается четкой регламентацией медицинской процедуры: по желанию женщины аборт производится в срок до 12 недель беременности, по желанию женщины и социальным показаниям - до 22 недель, по желанию женщины и медицинским показаниям - независимо от срока беременности[16].

Динамика юридических санкций - от смертной казни до полной легализации (не только в России, но и в Европе) - 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 следующему суждению: если патология приобретает массовый характер, то она должна превратиться в “норму”. Кроме того, такая точка зрения влечет за собой неизбежный вопрос: в чем главные причины самой этой массовости?

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 нач. XX в. весьма влиятельным был социально-политический подход к проблеме аборта. Я.Либман в 1914г. 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 (аборту. - И.С.)... ибо к ним (за редким и малым исключением) для этого и не будут обращаться"[17].

За годы советской власти такие условия были практически созданы, по крайней мере, так официально утверждали, что тоже значимо. Тем не менее в 1986 г., например, в СССР было произведено 7 млн. 116 тыс. аборт (только официально зарегистрированных), в 1988г. - 7 млн. 265 тыс. Относительный показатель искусственных аборт в СССР был самым высоким в мире: на 1000 женщин 15-44 лет - 120 аборт (если попытаться учесть официально незарегистрированные аборт, то эта цифра, естественно, еще возрастет).

Как ни парадоксально, но условия, которые, по мнению Либермана, должны были привести к ликвидации потребности в искусственных абортах, 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 сохраняется 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 аборт, анестезиологическое обеспечение самой операции, подготовку специальных медицинских кадров. Современная технологическая комфортность искусственного прерывания беременности, его общедоступность, бесплатность - стали не только благоприятными условиями для производства аборт, но и гарантией устойчивого воспроизводства их практики.

Перечисленные факторы, взаимодополняя друг друга, не могли и не могут существовать в морально-мировоззренческом вакууме. В настоящее время наиболее влиятельной формой оправдания аборт является либеральная.

Либеральный подход к проблеме аборт

Если законодательства государств Европы и Америки, запрещавшие медицинскую практику аборт вплоть до перв. пол. XX в., 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 принцип - 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 перв. пол. XIXв. легализуется новое понятие: “социальные показания”, которое поначалу включало в себя “изнасилование”, “сношение путем обмана”, “чрезмерную нужду”. Постепенно объем понятия расширяется и оно начинает включать в себя “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” 1988г. (“при наличии у женщины оснований к прерыванию беременности немедицинского характера”, не предусмотренных настоящей инструкцией), если это - “смерть мужа во время беременности, пребывание женщины или ее мужа в местах лишения свободы, лишение 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, между прочим, существуют такие медицинские организации, которые осуществляют аборт 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 1996г. в России согласно распоряжению премьеров. Черномырдина действует расширенный перечень социальных показаний для искусственного прерывания беременности сроком до 22 недель. Двадцать две недели - это срок реальной выживаемости и жизнеспособности родившихся в этом возрасте детей. Лишать жизни детей, способных выжить, 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 беспрецедентна и может быть сравнима только с уже упоминавшимся постановлением Наркомздрава и Наркомюста от 18 ноября 1920г., согласно которому Россия и стала первой страной мира, полностью легализовавшей искусственный аборт. Либеральная легализация аборта окончательно развела юридическое и моральное измерения проблемы. Это разведение разделяет и религиозно-философская, т.е. консервативная позиция. Так, Е. Трубецкой в своей докторской диссертации “Религиозно-общественный идеал Западного христианства в XI в.” прослеживает организующую роль исторического христианства в политической жизни современных культурных народов и приходит к выводу, что смешение “порядка благодатного с порядком правовым” неизбежно обрекает “порядок благодатный” на утрату своей силы[18].

Данная Богом сущностная, внутренняя свобода человека вряд ли может быть безусловно и окончательно ограничена какими 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 связано с пониманием греха “как утери свободы”[19]. Женщина, делающая аборт, теряет свою свободу: утрачивает дар быть

матерью. И какие бы “показания” ни сопровождали данную потерю, в христианской традиции это всегда проявление социального и нравственного зла.

Не разделяя идей традиционной морали, либеральное сознание выстраивает свою аргументацию “моральности аборта”. Исходным в этой аргументации является *принцип* “права женщины на аборт”. Анализ исторических перипетий усвоения европейской цивилизацией этого “права” показывает, что оно имело определенный смысл разве что в условиях борьбы либерализма с консервативным законодательством, преследовавшим производство абортотворителей, нежели уже в условиях господства либерального законодательства, разрешающего производство абортотворителей. В этой ситуации *принцип* “права женщины на аборт” как “ценность” борьбы теряет свой позитивный смысл. Поэтому в арсенале либеральной идеологии появляется *принцип* “права женщины на собственное тело” или “права женщины распоряжаться функцией своего тела”. Но без наполнения конкретным медицинским содержанием использование этого принципа вряд ли целесообразно. Известно, что метафизическим основанием либерального сознания является натуралистическо-материалистическая антропология. Согласно ей человек - это “психо-материальная телесность”, “осознающая сама себя материя” и даже “тело и только тело” (*Ф Ницше*). С другой стороны, сторонники абортов утверждают, что зародыш человеческого существа фактически ничего из себя не представляет, кроме “сгустка тканей” или “кровообразной массы” [20]. В свете сказанного *принцип* “права женщины на аборт” превращается в *принцип* “права тела на собственное тело” или “права тела распоряжаться функцией своего тела”. Может ли он выполнять роль регулирующей нормы или ценности?

Второй основополагающий *принцип* защитников абортов - “отрицание личностного статуса плода”. Действительно, если исходить из понимания морали как системы идей, регулирующей отношения между людьми, то необходимо, по крайней мере формально, наличие хотя бы двух субъектов отношения “человек-человек”. Если при этом допустить, что плод - вовсе не человек, то, в силу отсутствия второго субъекта морального отношения, аборт - вообще не моральная проблема. В таком случае 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 стадий - от оплодотворенной клетки до личности. В какой момент на этих стадиях начинается жизнь? Можно ли поставить знак равенства между понятиями - *человек, эмбрион, плод, ооцит, зародыш*? В какой момент человеческое существо становится моральным субъектом? Конкретные ответы, которые давались культурой и наукой, менялись от эпохи к эпохе.

Согласно древнейшей восточной традиции возраст человека отсчитывается с момента зачатия. А в 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 теолога-схоласта Фомы Аквинского, была усвоена аристотелевская концепция “одушевления” (на 40-й день после зачатия у мальчиков и на 80-й - у девочек).

Естественнонаучная или физиологическая позиция относительно “начала” человеческой жизни отличается от религиозной 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 нач. XXв. биология связывала “жизнь” с 4-месячным плодом, так как “эмбрион до шести недель - простейшая ткань, до двух с половиной месяцев - млекопитающее существо низшего порядка, и именно с четырех месяцев - фиксируется появление мозговой ткани плода, что говорит о возникновении рефлексивно-воспринимающего существа”[21]. В кон. XXв. 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 начала жизни, то именно эти шесть недель (начало активности ствола мозга) необходимо было бы 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 втором году жизни ребенка. Несомненно, что признание этой цифры за начало человеческой жизни абсурдно, и, следовательно, вообще сомнителен вариант, связанный с “мозговым” критерием.

Еще один выделяемый физиологический рубеж возникновения человеческой жизни - первое сердцебиение (четыре недели). В то же время для многих принципиальным является формирование легочной системы (20 недель), что свидетельствует о возникшей “жизнеспособности” плода. Под жизнеспособностью понимается его способность выжить вне организма матери.

В последнее время физиологические рубежи пытаются отыскать на клеточном уровне. Современная микрогенетика располагает двумя подходами. Согласно первому, собственно индивидуум - неповторимая и неделимая целостность - образуется в течение двух недель 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, т.е. с моментом возникновения 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”[22].

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 также 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. 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”[23]. Этот критерий избирается как основание “возможности установить существенное с моральной точки зрения различие между ранним и поздним прерыванием беременности... Это второй триместр беременности (3-6 месяцев)”[24]. Совпадение такого подхода с житейскими представлениями, с юридической практикой делает раннее прерывание беременности морально допустимым.

Тем не менее такой подход вряд ли может быть оценен как в достаточной мере безупречный.

Моральный статус человеческого существа не определяется набором физиологических реакций и свойств. Такое “определение” сродни уже известному: процедуре сведения морального и этического к биологическому с благой, но не вполне корректной целью “биологизаторского” объяснения моральных ценностей и норм.

Если мы ведем речь о моральном статусе плода, пытаясь ответить на вопрос о моральности аборта, то лучше всего было бы делать это, находясь в границах самого морального сознания, а не физиологических процедур. При таком условии плод приобретает моральный статус, соучаствуя в моральных взаимоотношениях. Тогда критерием статуса плода является его включенность в моральное отношение, которое возникает, когда плод, эмбрион, зародыш, “сгусток ткани” - становится объектом моральной рефлексии не только для матери, но и для всей человеческой культуры, которая самой постановкой проблемы о моральном статусе эмбриона уже неизбежно делает его субъектом фундаментальных моральных прав. При этом обнаруживаются моральные качества человеческого рода в целом, такие, как солидарность, долг, взаимответственность, свобода, любовь, милосердие.

Вряд ли целесообразно и возможно отрицать эти ценности. Они являются традиционным содержанием морально-этического “должного”, несмотря на реальность различных житейских обстоятельств, разных практических интересов и все ситуативное многообразие “сущего”, поэтому морально-этическое решение проблемы начала человеческой жизни (в его нередукционистской форме) вполне разумно и направлено на защиту жизни.

Консервативный подход к проблеме аборта

В России сосуществуют самые различные ценностно-мировоззренческие ориентации, среди них выделяются либеральная и консервативная. Каждая из них имеет свои основания, свою традицию. Консервативная - основывается на моральных ценностях религиозной культуры. Рассмотрим особенности консервативно-христианского подхода к проблеме аборта.

Как известно, в Библии не так уж много мест, прямо касающихся обсуждаемой проблемы (к ним, например, относятся слова прав. Иова (+ок. 2000-1 500 до Р.Х.), который, говоря о своей жизни, начинает с ночи, *в которую сказано: зачался человек!* (Иов.3,3). К ним причисляют установление, согласно которому человек, ударивший беременную женщину (и это стало

причиной выкидыша), обязан заплатить штраф [см. Исх.21,22]). Однако христианское нет абортам однозначно. 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”[25]. В этом смысле Благовещение Архангела Гавриила Марии: *Радуйся, Благодатная! Господь с Тобою; благословенна Ты между женами* (Лк.1,28) - представляет собой символическую форму христианского понимания начала человеческой жизни.

Такой *принцип* ставит под сомнение “право женщины на собственное тело”, - право, допускающее, что плод есть лишь часть материнской ткани. “Это не ее тело; это тело и жизнь другого человеческого существа, вверенного ее материнским заботам для кормления”[26].

К каноническим относится уже приводившееся выше суждение свт. Василия Великого: “Умышленно погубившая зачатый в утробе плод подлежит осуждению как за убийство”. Однако оценка аборта как нарушения ветхозаветной заповеди *не убий* (Исх.20,13) - всего лишь одно из оснований христианского осуждения плодоизгнания. К мысли об еще одном основании подводит нас свт. Иоанн Златоуст. Он пишет, что плодоизгнание - “нечто хуже убийства”, так как здесь “не умерщвляется рожденное, но самому рождению полагается препятствие”[27].

Что может быть “хуже убийства”? Очевидно то, что приводит к убийству, что является его основанием. Это - нарушение *первой и наибольшей заповеди* (ср. Мф.22,38) - заповеди любви. Прп. Максим Исповедник различает пять видов любви: любовь “ради Бога”, любовь “по причине естества, как родители любят чад”, любовь “ради тщеславия”, любовь “из-за сребролюбия”, любовь “вследствие сластолюбия”. Из этих видов любви на второе место прп. Максим Исповедник помещает любовь “по причине естества”[28]. Аборт - это нарушение заповеди любви, причем в самой ее человечески глубинной сути - через убийство матерью своего дитяти. Даже животный мир, к сравнению с которым так часто прибегает натурализм, не знает аналогов подобного действия, свидетельствуя о его совершенной противоестественности.

Аборт - это “препятствие рождению”. Но рождение - это “выход из материнской утробы”; однако *утроба* в христианстве не является 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”[29]. Без этих понятий, в свою очередь, нельзя обойтись, обращаясь к образу “девственного материнства” Богородицы.

Особое почитание Богородицы в Православии проявляет себя в величаниях церковных песнопений, в наименованиях явленных икон Божией Матери. Свящ. П.Флоренский дает одно из самых полных перечислений таких икон: “Истинная Живородательница”, “Нечаянная Радость”, “Умиление”, “Отрада, или Утешение”, “Сладкое Лобзание”, “Радость всех радостей”, “Утоли мои 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”[30].

Каждое название иконы Богоматери - это как бы буква в алфавите православной нравственности, первой заповедью которой является заповедь любви. Принятие и допущение аборта как юридически узаконенной практики без определенных морально-этических ограничений и разъяснений - это симптом морального кризиса культуры.

Врач, как принципиальный со-участник жизни человека с момента его рождения до смерти, сегодня имеет возможность свободно обсуждать фундаментальные проблемы человеческой жизни. Определить отношение к ним ему поможет и моральная традиция отечественного врачевания и принципы Всемирной медицинской ассоциации, которая в 1983г. приняла специальную Декларацию о медицинских абортах:

“1) основополагающий моральный принцип врача - *уважение к человеческой жизни с момента ее зачатия*;

2) обстоятельства, противопоставляющие 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 перепоручить 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”[31].

В 2000г. Церковно-общественный совет по биомедицинской этике при Московской Патриархии 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 права 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, Церковно-общественный совет заявляет:

1) производство аборта - искусственное прерывание беременности - этически недопустимо, ибо является преднамеренным убийством нерожденного ребенка и прямым нарушением Божественной заповеди *не убий* (Исх.20,13)

;

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*);

3) подлинный текст “Клятвы” Гиппократов 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 невозможно без искреннего 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” (Свт. Василий Великий. Правило 8). 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, имеющий 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 нуждающимся детям, 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 аборт 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 № 567 от 5 мая 1996г. “Об утверждении перечня социальных показаний для искусственного прерывания беременности”, легализовавшего поздние аборт (до 22 недель). При этом использование эмбрионов, плодов и их тканей в экспериментальных целях и для получения биологических материалов различного назначения, в т.ч. 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 abortу, так как губит уже начавшуюся жизнь;

10) производство abortов в стране за счет всех без исключения налогоплательщиков является нравственно неприемлемым для каждого религиозного человека;

11) работу по разъяснению греховной сущности abortа и его последствий для личности и общества следует считать миссионерской задачей Церкви.

Представление об abortе как о чем-то допустимом никогда не было свойственно христианскому сознанию и не может получить церковной поддержки. Церковь всегда благословляла мать, свято хранящую дитя, ниспосланное Богом, и врачей, стремящихся сохранить священный дар жизни. Навязываемая обществу альтернатива abortам в виде противозачаточных средств и развития служб “планирования семьи” является ложной. Подлинной альтернативой abortу в современных условиях может стать только укрепление семьи и религиозное воспитание молодежи. Преодоление греха abortа есть необходимое условие и составляющая часть духовного возрождения России”.

Контрацепция и стерилизация

Наряду с искусственным abortом формами медицинского вмешательства в генеративную функцию человека являются контрацепция и стерилизация. В настоящее время женщина обладает правом как на abort, так и на контрацепцию и стерилизацию. Однако эти формы медицинского вмешательства не равнозначны. Контрацепция и стерилизация - это эффективные формы предупреждения искусственных abortов, включая и нелегальные. Зарубежная статистика свидетельствует, что широкое применение контрацепции снижает количество abortов. В Болгарии, Венгрии, Германии, Чехии, где охват современными видами контрацепции составляет 50-60%, количество abortов стало в 2-3 раза меньше числа родившихся.

И все же моральное различие между предупреждением зачатия и искусственным abortом принималось и существовало не всегда. Ориентируясь на ветхозаветный императив: *Плодитесь и размножайтесь* (Быт.1,22), 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 1912г. докт. Л.Окинчиц писал: “Главным препятствием к научной разработке способов, предупреждающих зачатие, является осуждение их врачами с этической точки зрения”[33]. В начале века попытки многих врачей убедить общественное мнение, что “предохраняющие средства есть мера лечебная”, успеха не имели.

Ситуация меняется к концу века. В 1991г. на XIII Международном конгрессе акушеров-гинекологов была предложена новая концепция здоровья и благосостояния женщины; в этой концепции 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 средства с локальным действием. Ко второй группе современных методов относятся гормональная или оральная контрацепция, внутриматочные средства (ВМС).

На 50-60-е гг. XXв. пришелся период испытаний и внедрения в клиническую практику оральных контрацептивов. Американские ученыег. Пинкус и Дж. Рок выделяют ряд препаратов, подавляющих овуляцию. В 60-е гг., благодаря применению гибкой пластмассы, была реализована идея немецкого гинеколога Р. Риккера, который еще в 1909г. предлагал использовать введение в полость матки шелковых нитей, скрученных в кольцо. Наконец, 60-е гг. - время создания и внедрения полиэтиленовых внутриматочных спиралей типа петли *Lippes*.

Отличие современных контрацептивных средств - уровень их патологического воздействия на организм. И. Мануйлова, на основании многолетних исследований, приходит к выводу: “Эффективность противозачаточного метода пропорциональна частоте побочных реакций и осложнений, обусловленных методом контрацепции”[34]. 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: первый - с восстановлением генеративной функции (“зажимы Филыне”) - и второй - так называемая необратимая стерилизация. Оба вида стерилизации активно пропагандируются, например в США.

В журнале “Демографические отчеты” (1996-й, июнь), издаваемом Университетом имени Дж.Гопкинса (США) и субсидированном Фондом ООН по народонаселению, подробно описывается применение местной анестезии при стерилизации, а также сама хирургическая операция, изложены существующие методики лигирования маточных труб, описываются формы, с помощью которых можно подготовить специалистов по выполнению этой процедуры, называемой журналом “методом номер один”. Но возникает вопрос: методом “чего”? Ответ очевиден: “методом номер один” не только медицинских нововведений, но и демографической политики Фонда ООН по народонаселению в отношении ряда стран, в т.ч. и России. Действительно, относительная простота этого метода (например, при нехирургической стерилизации), необратимый характер полного подавления репродуктивной способности могут служить средством управления и контроля за демографическими процессами с заранее заданными и весьма разнообразными целями.

Демографическая политика и контрацепция

Возможность регулирования демографических процессов на уровне государственного контроля за рождаемостью была известна уже древнегреческой 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"[35]. В IV-III вв. до Р.Х. вопрос о перенаселении, как сообщает древнегреческий историк Полибий, решался в Древней Греции ограничением деторождения (один-два ребенка 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 следующая позиция: аборт нельзя рассматривать как метод регуляции рождаемости. Такими методами становятся контрацепция и стерилизация - на уровне медицинской практики - и *принципы* "планирования семьи" и "правильного репродуктивного поведения" - на уровне идеологии.

В XIXв. идеологической формой оправдания предупреждения беременности было мальтузианство, которое все беды и несчастья человечества связывало с "абсолютным избытком людей". Английский врач Дж.Дрисдэм в сер. XIXв. одним из первых использовал эти идеи для оправдания медицинских способов предупреждения зачатия и для пропаганды противозачаточных мер. С этого времени контрацепция рассматривается как одно из средств регуляции рождаемости и непосредственно связывается с проблемами демографии в мире и его регионах.

В настоящее время в более чем 60 странах мира 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 1952г. 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 2000г. 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 2000г. того, чтобы не менее 450 млн. супружеских пар во всем мире планировали свою семью"[36]. МФПС работает в шести географических регионах. Это - африканский регион, регион Индийского океана, арабский регион, Восточная и Юго-Восточная Азия и Океания, Западное полушарие, Европа. При этом выделяются финансовые и моральные ресурсы тем странам, которые больше всего в них нуждаются. "Нужда" определяется прежде всего демографическими показателями, т.е. "уровнем рождаемости, материнской смертностью, детской смертностью и распространенностью контрацептивов"[37].

Реализация "глобальной цели" предполагает решение следующих основных задач, среди которых:

1) Пропаганда концепции планирования семьи и обеспечение услуг в этой области в как можно 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 коренного населения; затем они же разрабатывают и осуществляют программы, составляя основу национальных ассоциаций;

6) МФПС оказывает поддержку программам ассоциаций-членов, работающих параллельно или совместно с правительствами своих стран”[38].

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”, работающих с правительствами на уровне национальных ассоциаций в 134 странах мира (в т.ч. и в России), ставит принципиальный 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, под надзором 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 и катастрофы.

Полная неприемлемость стерилизации как в качестве средства демографической политики государства, так и в качестве медицинской методики, применяемой отдельным человеком, для православных христиан очевидна. Католическая церковь “абсолютно запрещает стерилизацию как средство, необратимо препятствующее деторождению”[39]. Православная Церковь, так же как и Католическая, представляет собою мощное объединение людей, охватывающее, по сути дела, все регионы мира. Православная Церковь безоговорочно признает за супружеской парой приоритет прав деторождения, осуждая любые меры организационного контроля, даже под знаком “благой” идеи, будь то “оздоровление нации” или “благополучие человечества”.

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”[40]. Эти тенденции не заставили себя долго ждать.

Одну из них фиксирует Э. Дюркгейм в своем фундаментальном социологическом исследовании природы и причин роста числа самоубийств: “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”[41]. Вторая тенденция явилась в виде “сексуальной революции”, которую европейская цивилизация переживает с сер. XX века. Основатель порножурнала “Плейбой”, Х.Хефнер, анализируя причины сексуальной революции XX в., 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. Этот вклад заключался в принципиальном разграничении собственно сексуальности (как проявлении либидо) и функции продолжения рода. Контрацепция - 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”[42].

У этой категоричности есть свои серьезные основания. Православные авторы не устают подчеркивать, что за безоговорочным использованием и массовым распространением контрацепции стоит нравственное выхолащивание и обесценивание человека. Вот суждение Л.Карсавина: “Всякие ограничения полового акта (в частности, меры против деторождения), заменяя слияние (тел. - И.С.) склеиванием, 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 оплотнения... 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”[43].

В. Соловьев в своей работе “Смысл любви”, различая половую любовь и размножение рода, не связывает их. Сама половая любовь понимается им как элемент, проявление и свидетельство существования определенного метапорядка, некоей системы, собственно, и задающей сущность и смысл существования половой любви. В своем истолковании половой любви и духовности.

Соловьев постоянно спорит с вульгарным пониманием метафизики христианства: “Ложная духовность есть отрицание плоти, истинная духовность есть ее перерождение, спасение, возрождение”[44].

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”[45]. Именно эти основания, с точки зрения Лосского, превращают плотскую любовь в “противоядие смертности”[46].

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”[47]. Однако едва ли для православных людей может быть приемлемо такое категоричное умозаключение. В приведенном выше (см.: Наст. изд. С.123-127) Заявлении Церковно-общественного совета по биомедицинской этике недвусмысленно сказано: “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 abortу, 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 Русской Православной Церкви” 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 помнить слова Ап. Павла (+67), 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)”[48].

4.2. Этические проблемы новых “технологий зачатия” (искусственного оплодотворения)

Вопросы этики искусственного оплодотворения - это вопросы отношения к началу человеческой жизни. В случае abortа 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 abort, контрацепция, стерилизация - это борьба с возникновением человеческой жизни, то искусственное оплодотворение - это борьба за возможность ее возникновения.

Показательно, что в этой “борьбе” искусственный abort и искусственное оплодотворение оказываются тесно связаны между собой. Практика искусственного abortа “поставляет” пациентов для практики искусственного оплодотворения. Распространенность искусственного abortа как одного из способа планирования семьи ведет к росту вторичного (приобретенного) бесплодия. Специалисты полагают, что вторичное бесплодие на 55% является осложнением после искусственного abortа. 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[49]. Таким образом, очевидно, что исторически потребность в искусственном оплодотворении вырастает отнюдь не столько из потребностей борьбы с бесплодием вообще, сколько из потребностей борьбы с трубным бесплодием - эпифеноменом медицинской деятельности такого рода и либеральной идеологии. Эпидемия абортотворения вт. пол. XXв. исторически и логически связана с разработкой методик искусственного оплодотворения. Проф. И.Мануйлова констатирует: медицинская рекомендация к “экстракорпоральному оплодотворению (ЭО), как правило, является следствием анатомических нарушений в маточных трубах вследствие искусственного аборта”[50]. Общественное сознание порождает весьма яркие эпитеты для искусственного оплодотворения: “новая технология размножения”, “техногенное производство людей”, “асексуальное размножение”. В оборот вводятся 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”[51], которые новые репродуктивные технологии создают для современной культуры. А как быть с эмоционально-психологическим миром личности, рожденной “в пробирке”, с ее моральным самосознанием, с ее юридическими правами, социальным статусом в конце концов? Как отнестись к такой настораживающей тенденции - “в полной семье сегодня детей рождается меньше, а вне брака - больше, чем 30 лет назад”[52].

Давно уже перестали рассматриваться как фантастические идеи искусственного оплодотворения спермой “генетически полноценных доноров”. Сегодня понятие “полноценность” предполагает подбор донора в смысле цвета глаз, волос, национальности и “этнических особенностей реципиентки”[53]. 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[54].

Идея “управления” на уровне эмбрионального материала неразрывно, смысло-логически, связана с искусственным оплодотворением, как бы ни хотелось многим закрыть глаза на это. Симптоматично, что в трех типологических моделях искусственного оплодотворения зачатие никогда не является самоцелью, но всегда выступает лишь средством для решения другой задачи - задачи усовершенствования вида. Подобная задача ставится и 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, впрочем, что до полноценной реализации идеи “управления” особенностями человека технологически, этически и политически еще далеко.

Сейчас же врачей и общественность весьма беспокоит здоровье “пробирочных детей”. Поданным диссертации В. Бахтиаровой, 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 [искусственного осеменения]), “асфикция при рождении”-89,4% (ЭО), 90,5% (ИО), “неврологические изменения”-53,6% (ЭО),38,3% (ИО)[55].

К опасениям общего характера, высказанным 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?"[56]

К этим опасениям можно добавить и следующие: не станет ли метод искусственного оплодотворения косвенной поддержкой тенденции "асексуального размножения" и в итоге основанием принципиальных сдвигов в традиционных формах семейно-брачных отношений? Существуют ли основания опасаться культурологических и 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 несущественно и не необходимо" (тем более что аналогию оплодотворению без совокупления легко найти в животном мире - например, у рыб).

Первый известный науке опыт искусственного оплодотворения на собаках был произведен в кон. XVIIIв. (1780) аббатом Л.Спалланцани. С 1844г. метод искусственного оплодотворения начинает использоваться для оплодотворения кобыл и коров. Публикации в журнале "Вестник коннозаводства" за 1902г. свидетельствуют о том, что метод искусственного оплодотворения в случаях сужения канала шейки матки кобыл был к этому времени вполне испытан и вошел в общее употребление.

Среди пионеров-разработчиков этой методики в России известен И.Иванов. С 1899г. он начинает публиковать свои работы по искусственному оплодотворению различных видов животных. Именно ему исследователи отдают пальму первенства в выдвижении идеи о возможности оплодотворения в искусственной среде. Основываясь на многочисленных экспериментах над животными, Иванов опровергает мнение о необходимости секреторной деятельности придаточных половых желез при акте оплодотворения. В кон. XIXв. идеи искусственного оплодотворения начинают использоваться и для "борьбы" с женским бесплодием. В1917г. докт. Ф.Ильин констатирует, что к этому времени имели место 69 успешных случаев искусственного оплодотворения женщин спермой своего мужа[57].

Благодаря изданию "Пол, секс, человек" (1993) российская общественность узнала о существовании "скандальной" диссертации Ж.Жерара - "Вклад в историю искусственного оплодотворения (600 случаев внутрисемейного осеменения)" (1885), которая в свое время во Франции получила значительный общественный резонанс. И это неудивительно. Во вт. пол. XIXв. интимная жизнь супругов (т.е. то, что входит сегодня в понятие репродуктивной медицины - контрацепция, бесплодие) не находилась еще в сфере компетенции медицины. Работа Ж.Жерара явилась тогда своеобразным вызовом общественному мнению, поскольку незадолго до ее выхода в свет, в 1883 г., на суде в Бордо было принято решение, гласившее, что "искусственное

осеменение противно законам природы”[58]. Нельзя не обратить внимание и на следующее обстоятельство. В 1884г. во Франции был принят закон о разводе, что стало серьезным социальным основанием не только для продолжения дебатов об искусственном оплодотворении, но и социальным “мотивом” для продолжения научных разработок в этом направлении.

Показательно, что в 1925г. докт. А.Шорохова в своем докладе на VI съезде Всесоюзного общества гинекологов и акушеров в Ташкенте рассматривала 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 сходиться с мужчиной” или как “право иметь ребенка неполным путем”[59]. Есть достаточные основания для того, чтобы сделать предположение, что все 88 женщин, которым проводила операции докт. А.Шорохова, пытались отстаивать это “право”.

Возвращаясь к истории экстракорпорального оплодотворения, отметим, что идея И.Иванова о жизнеспособности семени вне организма стала основанием новой технологии искусственного оплодотворения. В 1912г. докт. Дорерлейн докладывает о работах Иванова в Мюнхенском обществе акушеров и гинекологов. Долгие годы эта идея, “питаясь” технологическими изобретениями, социальными потребностями, “гуманистическими” прожектами, все же не выходила из режима экспериментальной деятельности.

В 1944г. было достигнуто первое успешное культивирование ооцита человека и экстракорпоральное оплодотворение, приведшее к развитию двухклеточного эмбриона[60].

В 1978г. в клинике Бон-Холл (Кембридж, Англия) медику Р. Эдвардсу и эмбриологу Н.Степто 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. Была создана группа раннего эмбриогенеза, которая в 1973г. переросла в лабораторию экспериментальной эмбриологии. Первый “пробирочный” ребенок появился в России в 1986г. в результате работы лаборатории клинической эмбриологии (руководитель - проф. Б. Леонов) Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН. По данным на 1994г. в этой лаборатории родилось более 1,5 тыс. таких детей. Количество же центров в России, где производятся подобные операции, приближается в настоящее время к 10, всего же их в мире около 300.

В 1990г. на нашей планете насчитывалось свыше 20 тыс. детей, зачатых “в пробирке”. Отметим динамику: еще в 1982г. их было всего 74. Оценки эффективности этого метода у разных специалистов в разных странах не совпадают. Наши специалисты склоняются к цифре - 10-18%[61].

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 (ЭО и ПЭ).

Методы ИОСД и ИОСМ применяются в основном в случаях мужского бесплодия, мужской импотенции, при несовместимости мужа и жены по резус-фактору и в некоторых других случаях. ИОСД и ИОСМ - более разработанные и известные методики.

В отличие от ИОСД и ИОСМ методика ЭО и ПЭ технически достаточно сложна и состоит из следующих четырех этапов:

1) Стимулирование созревания яйцеклеток 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) 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 ЭО и ПЭ (для данного случая) ставится под сомнение.

За “простотой” этого схематичного описания методики ЭО и ПЭ (цель которой - желанная беременность) стоит и немалая “конкретная цена”. И дело здесь не только в рублевой стоимости процедуры, хотя и она достаточно велика (1 млн. руб. - на нач. 1995-го). В понятие цены входит здоровье и даже жизнь женщины. Показательно в этом плане, что в одном из центров по лечению бесплодия женщина и ее супруг перед началом процедуры 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 прежде всего имеется в виду риск многоплодной беременности, в 20 раз превышающий ее возникновение в норме. В число осложнений многоплодной беременности входят: угроза преждевременных родов, смертность женщины и детей, малая масса детей (встречается в 10 раз чаще, чем во всей популяции)[62] и т.д.

Очевидно, что осознание степени риска вынуждает организаторов центров искусственного оплодотворения вносить в этот 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 ЭО... могут иметь отклонения в развитии”. К подобному выводу, несмотря на ряд обнадеживающих результатов, приходит и В.Бахтиярова: “Каждый из методов ИО увеличивает риск перинатальной патологии и тяжелую неврологическую инвалидность с детства”[63].

В нравственное наполнение понятия цены входит и судьба человеческих эмбрионов - запасных, лишних, оставшихся невостребованными. Это - либо уничтожение, либо “служение науке”, что в данном случае одно и то же. “Особый фундаментальный интерес” к человеческим эмбрионам и возможность “фундаментальных” последствий такого интереса для всей

человеческой культуры определили решение международной общественности: срок проведения фундаментальных исследований эмбрионов-до 14 дней[64]. Сама по себе эта цифра весьма условна. Но факт этического самоограничения биомедицинской науки - налицо. Есть основания 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 метафизическо-материалистическим основанием.

Основной принцип либеральной позиции по отношению к искусственному оплодотворению - это “право каждой женщины иметь ребенка”. Или, как констатировала докт. А.Шорохова еще в 1925г.: “Материнское счастье есть неотъемлемое право всякой женщины”[65]. Основанием этого права в рамках либеральной идеологии является естественно-биологическая функция деторождения. “Идеология” искусственного оплодотворения складывалась под влиянием материалистического мировоззренческого принципа понимания человека не как образа и подобия Божия, а как “образа и подобия обезьяны”.

Под знаком именно этого принципа в 20-е гг. в России по инициативе проф. И.Иванова, уже упоминавшегося выше специалиста в области 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. Докт. А.Шорохова писала: “Женщина не исключение из общего для всего животного мира <курсив мой. - И.С.> правила относительно возможности зачатия от искусственного оплодотворения”[66].

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”[67].

Сведение ряда эмпирических фактов разных уровней организации жизни к общим закономерностям, - безусловно, достижение науки. Но для человеческого общества имеет значение не только познание или констатация какого-либо факта или общего закона конкретной наукой. В.Соловьев справедливо полагал, что зачастую “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”[68].

Примером подобного рода “притязаний” является вопрос докт. А.Шороховой: “Есть ли основания отказывать в искусственном оплодотворении женщинам, желающим иметь ребенка неполовым путем?”[69] Естественно, если оставаться в пределах ориентации эмпирической науки, - нет оснований. Таким образом утверждается способ рассмотрения социальных и нравственных проблем путем сведения их к низшему уровню организации жизни.

Первое положение Ст.35 “Искусственное оплодотворение и имплантация эмбриона” в “Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан” (1993г.) гласит: “Каждая совершеннолетняя женщина детородного возраста имеет право (курсив мой. - И.С.) на искусственное оплодотворение и имплантацию эмбриона”[70]. За этой “каждостью” и этим ничем не ограниченным (даже медицинскими показаниями, не говоря уже о морально-этических) “имеет право” стоит ряд 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 дальнейших деформациях института семьи в сторону увеличения неполных семей и о реальном росте числа детей, рожденных вне брака. В-четвертых, о неизбежных изменениях нравственного сознания, которые будут связаны с утратой таких ценностей, как любовь, братство, альтруизм, милосердие, укорененных в биофизиологической “плоти” человеческих взаимоотношений и определяющих их.

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 этого общества занимает понятие “взаимопользование”, фиксирующее презрение к достоинству человека и отрицание личной свободы[71].

Сто десять лет разделяют юридический запрет на искусственное оплодотворение (1883; Франция) и его законодательное признание, в частности в России (1993). Шестидесят лет разделяют утопический регулятор “взаимопользование” (1932-й - выход в свет романа О.Хаксли) и взаимовыгодный рынок половых клеток, донорства, заказных родов. Новый вид международного бизнеса - “зачаточного” или “репродуктивного” - получает все более 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[72]. Много ли понадобится лет для полного выхода “терапии бесплодия” на уровень социально-нравственного принципа “асексуального размножения” или “техногенного” деторождения?

Консервативная позиция

В. Соловьев предвидел технологическую экспансию (“абсолютизм эмпирической науки”) еще свыше 100 лет назад. Он 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”[73].

В настоящее время российская общественность располагает конкретной оценкой искусственного оплодотворения с христианской, православной точки зрения. Эта оценка

основывается на основополагающих постулатах христианства. Согласно им посредством Таинства Брака “дается объективное Божественное основание для благодатной жизни”[74]. 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 книге Бытие: И благословил их Бог, и сказал им Бог: плодитесь и размножайтесь (Быт.1,28). Благословение деторождения таким образом описывается Пророком: Ибо Ты у строил 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. Зародыш мой видели очи Твои; в Твоей книге записаны все дни, для меня назначенные, когда ни одного из них еще не было (Пс.138,13,15-16).

При описании таинства создания человека Пророками, как правило, используются физиологические понятия и образы. В то же время они свидетельствуют при этом о событии всегда большем и более значимом, чем его физиологическая сторона. 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, кожу и плотью 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 таинственном “обожении действием Божественных энергий”. Это выражение В.Лосский использует для описания присутствия Святого Духа в мире и приводит свидетельство прп.Максима Исповедника: “Святой Дух присутствует во всех людях без исключения, как хранитель всех вещей и оживотворитель естественных зарождений <курсив мой. - И.С.>, но Он в особенности присутствует во всех тех, кто имеет Закон, указывая на преступление заповедей и свидетельствуя о Лице Христа... Ибо все неисполняющие волю Божию имеют сердце неразумное”[75].

Эти христианские слова, суждения и свидетельства глубоко символичны. А.Лосев полагает, что религиозная символика, являясь в определенном смысле теоретической конструкцией, в основе своей нетеоретична “ни в научном, ни в философском, ни в художественном смысле слова”, но есть всегда “соответствующее устройство человеческой жизни на всех бесконечных путях ее развития”[76].

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”[77].

Одним из первых по морально-этическим вопросам искусственного оплодотворения высказался о. Николай Балашов. Его суждения сводились к следующему:

1) искусственное оплодотворение незамужней женщины осуждается прежде всего исходя из интересов ребенка, который “заведомо лишается возможности быть воспитанным в полноценной семье”[78];

2) искусственное оплодотворение замужней женщины без согласия и участия ее мужа недопустимо, “ибо ложь и двусмысленность разрушают целостность брачных отношений”[79];

3) искусственное оплодотворение с согласия мужа и с использованием донорского генетического материала- “разрушает связь супружеской верности. Если уж муж неспособен к

оплодотворению и медицинская наука не может ему помочь, жена должна принять его таким, каков он есть, не пытаясь в той или иной форме найти подмену”[80];

4) относительно гомогенного оплодотворения о. Николай, впрочем, разделяет мнение С.Харакаса: искусственное оплодотворение спермой мужа - “это вполне уместный способ использования медицинских знаний, позволяющий христианскому браку реализовать одну из главных целей: продолжение рода”[81];

5) способ искусственного оплодотворения *in vitro* вызывает этические возражения в связи с необходимостью уничтожения “лишних” эмбрионов, что несовместимо с представлениями Церкви о человеческом эмбрионе как носителе человеческого достоинства;

6) “Возможна, однако, и модификация оплодотворения в пробирке с использованием единственной яйцеклетки или с имплантацией всех образовавшихся эмбрионов в утробе матери”[82]. Хотя, как отмечает о. Николай, не все православные авторы разделяют эту позицию. Например, С.Харакас не без основания полагает, что манипуляции с человеческой жизнью у самых ее истоков могут иметь “непредсказуемые последствия в плане формирования менталитета”[83];

7) с точки зрения защиты целостности и уникальности брачных отношений практика донорства яйцеклеток и оплодотворенных эмбрионов представляется морально недопустимой;

8) в разряд этой оценки попадают все разновидности суррогатного материнства. В основе этого метода лежит “пренебрежение глубочайшей эмоциональной и духовной связью, которая устанавливается между матерью и младенцем во время беременности”[84], не говоря уже о кризисе идентичности рожденного таким образом человека.

Консервативна и позиция Католической церкви. Она 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 безоговорочно осуждаются - исходя из традиционного для католической моральной теологии понятия естественного закона.

Возвращаясь к позиции Православной Церкви, следует заметить, что в 1999г. 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, которая освобождает матерей и отцов от всяких обязательств по отношению к детям, являющимся “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 некоммерческой 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;

б) 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”.

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, а в итоге и 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”[85].

Но “свободное самоопределение человека” - позиция близкая скорее XVIII-XIX вв., нежели XXI в., которому предшествовал век XX-й, с его атомными экспериментами и катастрофами, социально-политическими драмами, нигилистическим опытом и экологическим полупрозранием.

4.3. Этические проблемы генных технологий

Постановка проблемы

Исследования и открытия в области генетики человека, происходящие сегодня, носят, можно сказать, революционный характер. Речь идет о возможности создания “карты генома человека”, а также “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 уже на стадиях эмбриона или плода. Манипуляции с эмбриональным материалом имеют непосредственное воздействие на наследственность, т.е. их результаты 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” власти над человеческой жизнью и, следовательно, с новым набором средств ограничения человеческой свободы. Биологическое ограничение свободы - это наиболее эффективное ее ограничение, связанное с возможностью ее необратимой утраты. Этим определяется острота этической рефлексии о современных биогенетических исследованиях.

В нерв. пол. XXв. происходило интенсивное развитие ядерной физики. Ее опасность была полностью осознана только после создания и использования (Япония; 1945) атомной и водородной бомб, после катастроф на ядерных электростанциях (Чернобыль; 1986). Сегодня исследователи генома человека говорят о блестящих перспективах генной диагностики и терапии. Тем не менее, не имея пока значительного опыта отрицательных последствий, они все же признают степень риска своей деятельности. Проф. Ж.Доссе, лауреат Нобелевской премии по физиологии и медицине (1980), констатирует: “В области генетики человека неразумное использование новых технологий может привести к катастрофическим последствиям”[86].

Почему возникает это предощущение катастрофы? С чем связано ее предчувствие?

По-видимому, оно определяется тем смысловым полем, коим для западной культуры было и остается библейское миропонимание.

Во второй и третьей главах ветхозаветной книги Бытие описываются два дерева - дерево жизни... и дерево познания добра и зла (Быт. 2,9). 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 этими смыслами, 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 важные значения для жизни как личной, так и общественно-политической и даже исторической[87].

Известный католический ученый, кардинал Йозеф Ратцингер, в одной из своих работ указывает, что уже в XIIIв. в кабаллистических иудейских текстах обсуждалась возможность создания искусственного человека согласно 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”[88]. В кон. XIXв. в философии Ф.Ницше четко обозначится принципиальная связь между идеей сверхчеловека и ситуацией “смерти Бога”, символизирующей коренную ломку оснований традиционной культуры.

В трагедии И. Гете “Фауст” при создании доктором Вагнером гомункула - искусственного человека - присутствует Мефистофель. В одном из своих писем И.Эккерману (1829) Гете говорит о существовании родства между Мефистофелем и гомункулом[89]. Такое родство опять же фиксирует негативное восприятие сознанием самого факта появления существа, созданного по воле человека.

Особое место в этой связи занимает роман О.Хаксли “О дивный новый мир”, где прямо описываются “плоды” создания людей согласно 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.> преопределяем и приспособляем, формируем подготовленность к жизни людей в заданных властью имущими кастах. - И. С>”[90]. Одновременно власти прививают любовь людей к их “неизбежной, выбранной нами, социальной судьбе”[91].

Вряд ли можно говорить о пустоте, безнадежной устарелости и тупиковой фантастичности подобных историко-культурных свидетельств, особенно находясь в реальности взрывоподобного прогресса в области генетики человека.

Фантастика 30-х гг. оборачивается, например, такой реальностью 90-х, как существование в Калифорнии (США) Репозитория гармонического выбора, в котором собирают и хранят сперму, в т.ч. и лауреатов Нобелевской премии, с целью ее последующего использования для получения потомства, обладающего выдающимися способностями[92].

В кон. XXв. замкнутое на себя моделирующее символическое сознание покидает свои собственные границы. Вот краткий перечень реальных этических проблем генных технологий, которые ставят сегодня ученые-генетики, политики, философы, социологи:

- 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?
- Могут 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 в том случае, когда 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, если для этого используются 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 доводиться 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 ограничения властями 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 и подобные им 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 на сегодняшний день научной практики.

История генетических методов и технологий

История генетических методов и технологий непосредственно связана со стремлением человека к улучшению пород домашних животных и сортов 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.

Начало научному подходу положили эксперименты австрийского монаха Г. Менделя по гибридизации растений, к которым он приступил летом 1865 года. Мендель показал, что наследственные свойства не смешиваются, а передаются потомству в виде отдельных единиц. В 1909г. датский ботаник В.Иогансен назовет их генами (от греч. 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. Нач. XXв. - время формирования генетики, науки о наследственности, об изменчивости живых организмов и методах управления ими. В 20-х гг. советскими учеными школы А.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 1972г. 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 гг. началась расшифровка генома человека. Уже более 10 лет существует проект “Геном человека”. На момент первого издания моей книги “из 3 млрд. пар нуклеотидов (в виде сплошных непрерывных пассажей) прочтено пока всего около 10 млн. знаков”[93]. Но возникают новые методы прочтения ДНК-текстов, которые увеличивают скорость их прочтения. И якобы в нач. 2000г. в одной из лабораторий США декодирована полная последовательность аминокислот ДНК человека (хотя и без ее структурного расчленения). Впрочем, по самым оптимистическим оценкам на исследование генома человека уйдет не одно десятилетие.

В.Иванов, директор Медико-генетического центра РАМН, полагает, что “весь геном будет прочитан примерно к 2020 г.”[94]. “Чтение” генома обнаружило наличие дефектов, когда всего лишь одна “буква” заменена на другую в последовательности длиной в 3 тыс. “букв” (средняя

длина структурных кодирующих генов у человека). Сейчас уже известно, что каждый конкретный дефект может быть причиной наследственных болезней. Это знание и произвело переворот в лабораторной диагностике генетических заболеваний. Отсюда с нач. 80-х гг. входят в научный 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 западноевропейских и американских врачебных ассоциаций, 15% людей нуждается в медико-генетической помощи. 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 (известно, что, например, в Великобритании в тех случаях, когда плод неполноценен, нет ограничений в сроках для прерывания беременности), усыновление чужого ребенка, оплодотворение донорскими клетками.

Появление генетической диагностики естественно ставит вопрос о разработке операций по перестройке генома человека. Так возникла идея генной терапии. Она заключается в том, что в клетках больного дефектный ген заменяется здоровым, способным выполнять нужную функцию. Первая попытка использовать генную терапию для лечения человека, - попытка, 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 никакого воздействия на наследственность. Зародышевая терапия предполагает 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) зародышевая терапия строго 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"[95]. Одним из оснований такого 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.

Проф. Э. Сулейман, глава Комитета по европейским исследованиям в Принстонском 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”[96].

Эта позиция не общепринята и многими может быть расценена как крайняя. Однако она приобретает действенность при проникновении сциентизма в государственную идеологию, а усиление контроля государства за безопасностью биогенетических исследований для нее не помеха.

В качестве примера крайней позиции могут быть рассмотрены идеи С.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 акад. Н. Дубинина о том, что проблема генетического груза к 2000г. по своей актуальности сравняется с проблемой охраны окружающей среды, так как биологической (генотипической) деградации в СССР сопутствовала моральная (фенотипическая) деградация - расслабление воли, развитие порочных склонностей (алкоголизм, наркотики, разводы, самоубийства, преступность).

С точки зрения С.Моткова, одним из вариантов выхода из кризиса 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”[97].

Проф. А.Акифьев, заведующий лабораторией механизмов мутагенеза Института химической физики им. Н.Семенова РАН, хотя и не разделяет ценностных ориентации С.Моткова, стремящегося к созданию искусственной популяции строителей “светлого будущего”, тем не менее призывает руководителей государства - “и теоретиков, и практиков, которые заняты реформированием общества” - учитывать “двойственную биосоциальную природу человека”[98].

“Все, что мы сейчас наблюдаем: падение дисциплины и нравственности, лень, крайне низкие производительность труда и качество продукции (99% ее неконкурентноспособны 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, что даже обвальным) 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”[99]. В то же время на вопрос, вправе ли мы сегодня отказаться от евгенических замыслов, А.Акифьев отвечает, 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”[100].

Перечисленные попытки выйти на биогенетический путь “благосостояния и процветания человечества” - не первые и не последние в культуре. Известным и показательным в этом отношении фактом отечественной науки было увлечение евгеникой Н. Кольцова, который в 30-е гг. основал Русское евгеническое общество и евгенический журнал. Его разочарование в евгенике и отказ от нее 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 “человекобожие - Богочеловечество” постоянно находилась в фокусе внимания русской религиозной философии. Начиная с XVIIIв. в рамках философии “человекобожия” (просветительский материализм, философия О.Конта, Л.Фейербаха, ницшеанство, марксистско-ленинский социализм) шел процесс отделения “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”[101] Для философии “человекобожия” 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 утверждал, 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, условных и частных, человеческих мерок, является Христос. “Христос был вековечный от века Идеал, к Которому стремится и по закону природы должен стремиться

человек”[102]. Богочеловеческая сущность Христа - это онтологическая возможность и заданность нравственного совершенствования человека. “Человекобожие” как попытка человека определить абсолютные критерии “лучшести” 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 такой запрос.

В “Декларации о проекте “Геном человека”” говорится: “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 освободившись от предвзятости по отношению к проекту “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”[103].

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”[104].

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: таких, как нарушение метаболизма (фенилкетонурия), болезни крови (талассемия, серповидноклеточная анемия или гемофилия). Предполагается, что возможно идентифицировать гены, связанные с такими заболеваниями, как сахарный диабет, шизофрения, болезнь Альцгеймера и др.

Русская Православная Церковь считает, что “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 коней, неправедного 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”. Например, богослов С.Каракас 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 считает, что “запрет церковных правил на кровнородственные браки будет тщательнее соблюдаться с помощью генетического отбора[106]

“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”[107].

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 - заступник немощных (Иудифь.9,11). Ап.Павел учит поддерживать слабых (Деян.20,35; ср.1Фес.5,14); уподобляя Церковь человеческому телу, он указывает, что члены... которые кажутся слабейшими, гораздо нужнее, а менее совершенные нуждаются в большем попечении (ср.1Кор.12,22-23). Совершенно недопустимо применение методов пренатальной диагностики с целью выбора желательного для родителей пола будущего ребенка”[108].

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[109]:

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 регламентации по разработке и применению генных технологий - это не признак свободы, а симптом патологического состояния общества.

Клонирование

В 1997г. 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. Итак, 1997г. становится принципиальной вехой на пути реализации идеи о создании существ с заданными свойствами с помощью генетических манипуляций на эмбриональном уровне: 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[110].

Эксперименты дают вполне конкретный ответ на поставленный выше вопрос о возможности человеческого соавторства в 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? Впрочем, слово мечта здесь неуместно, 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 возникновения 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 1952г. 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 нач. 80-х гг. подобные опыты с мышами успешно были проведены американскими учеными (Эванс, Кауфман, Мартин). В 1996г. 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 яйцеклеток 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”. И 23 февраля 1997г. на свет появилось единственное в мире млекопитающее, у которого нет “отца”, но есть три “матери”: донор генетического материала, донор яйцеклетки и выносившая плод “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, т.е. первоначальных (prіma - 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 клетка, но та, которая находится на первоначальной, ранней, стадии дифференциации.

Вторая задача - пересадка клеток: получение “культуры” первоначальных клеток, удаление ДНК из яйцеклетки, получение “пустой” яйцеклетки, введение “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 смысле тиражирования “гениев” преступного мира, маньяков, - ведь “душа генетически не обусловлена”, заявляет член-корр. РАН А.Монин, и именно поэтому в клонировании нет ничего аморального[111]. В противоположность А.Монину создатель Долли - Ян Вильмут - высказывался против клонирования людей. Тем не менее в Англии в нач. 2001г. все же сочли возможным поддержать подобные 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. Ввиду

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 свое значение, но и усиливается, объединяя приведенные выше 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 человеческие органы или “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.: Наст. изд. С.157-158). В качестве конкретного примера консервативной позиции можно привести сделанное в 1996г. Православной Церковью в Америке Заявление о современных разработках в технологии клонирования:

“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 ей общественное финансирование. Представители Православной Церкви во всем мире остаются верными строгости понимания сакральности человеческой жизни: каждый человек создан как уникальная личность по образу Божию (Быт.1,27).

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 общественной поддержки и финансирования.

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 проекты финансирования подобной деятельности. Мораторий на такую деятельность крайне необходим”[112]

В 1999г. и Русская Православная Церковь обратила свое внимание на проблему клонирования. 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 околонуучных 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 возможны деграция и вырождение 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, - геноцида, 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.

Церковно-общественный совет по биомедицинской этике при Московской Патриархии считает своим 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 оттого, 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”.

Церковно-общественный 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-е гг. XXв. среди медицинских дисциплин прочное место заняли сексология и сексопатология. 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”[113].

Переход от “неприятия” и “угнетения” сексуальности к ее “освобождению” - не только условие возникновения и существования сексопатологии, но и одно из ее теоретических оснований. Ведущий принцип современной сексологии - принцип индивидуальных различий - базируется на признании относительности “нормативных” границ сексуального поведения. А.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 1:45 тыс.”[114]. 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”[115].

Для современной сексологии, основывающейся на “освобожденной сексуальности”, характерно введение новых терапевтических методик.

Среди них: использование в качестве средства лечения некоторых сексуальных расстройств “замещающих”, т.е. внебрачных, партнеров. В данном случае проблема выбора между здоровьем пациента и соблюдением этических норм решается не в пользу последних.

Условием “работы” подобных 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, по представлениям 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” [116] и укрепляющие его “связь” с другим человеком. 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 (курсив мой. - И.С.)” [117].

Сексологи Д. Буртянский, в. Кришталь, г. Смирнов разделяют идею западных исследователей о введении в оборот понятия “сексуальное здоровье”, которое наряду с другими параметрами включает в себя такой, как свобода “от страха, чувства стыда и вины, ложных представлений и других психологических факторов, подавляющих сексуальную реакцию и нарушающих сексуальные взаимоотношения” [118].

Состояние современной сексологии свидетельствует, что вопрос о норме и патологии сексуальности человека на уровне медицинской практики непосредственно связан с морально-мировоззренческим контекстом культуры. Преодолевая сопротивление этого контекста, 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-м и в 1975гг. 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 гг. XX века. Ценностно-мировоззренческие сдвиги в современной культуре привели к признанию “нетрадиционных видов сексуальности”. В 10-м Пересмотре Международной классификации болезней (1993) понятие “половые извращения” вообще отсутствует.

Вместо него появляются 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 человеческой сексуальности, по мнению М.

Фуко, “состоит в том, что нас заставляют поверить, что речь при этом идет о нашем освобождении”[119].

Проблема “освобождения” сексуальности не может рассматриваться только как медицинская проблема. Сексуальность - одна из физиологических функций жизнеобеспечения человека. Но ее отличие от других жизнеобеспечивающих функций: пищеварения, дыхательной и сердечнососудистой деятельности 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 и физиологическое здоровье человека, так и благополучие культуры в целом. Даже З.Фрейд полагал, что “общество не знает более страшной угрозы для своей культуры, чем высвобождение сексуальных влечений”[120]. 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 и медико-психологического знания, так и на уровне коллизий социального развития.

История вопроса

Европейская история пережила две сексуальные революции, т.е. два довольно длительных периода переоценки сексуальности человека и сексуальных отношений.

Первый относится к эпохе распада Римской империи и формирования христианской культуры, второй - ко вт. пол. XX века.

Исследователи античности отмечают в качестве одной из ее особенностей проникновение полового элемента во все сферы жизни (культ фаллоса, специфические половые божества, свободное отношение к проблемам пола в общественной жизни, литературе, искусстве). Своеобразие античной культуры заключалось и в “наивности разврата”. “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, послужившему основанием для всех эротических словарей современных культурных языков (и в этом также мы только подражатели и последователи древних)...”[121]

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”[122]. Впрочем, не только И.Блох, но и другие исследователи античности говорят о крайней интенсивности фактора половой распущенности и извращенности в позднем Риме. Полибий в своей “Истории” свидетельствовал: “Люди впадали в великий блуд и любостяжание и роскошь и не женились, а если и женились, то не желали воспитывать родившихся детей”[123].

Мч. Иустин Философ (+166) 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”[124]. Славою женщины считалось наличие большого числа мужчин-любовников. Целомудрие и добродетель оценивались как доказательство уродливости женщин. Примеры и свидетельства половой извращенности, царившей в ту эпоху, составили не один том. Исследователи культуры Древней Греции и Древнего Рима неоднократно приходили к выводу,

что кризис и гибель античности были тесно связаны с духовно-нравственным вырождением, которое не в последнюю очередь определялось типом сексуальных отношений.

Г. 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”[125]. Характеризуя это время, он справедливо утверждал, что “христианство явилось в мир, чтобы исцелить его, и лечило единственно возможным способом - аскезой[126]. 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”[127].

Христианство осуществляет принципиальное изменение смысла 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”[128].

Содержание сексуальной революции, которую 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 сер. XX века. Ее символическим началом можно считать выход в свет (1953) порнографического 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 этой революции-контрреволюции характерны негативизм по отношению к моральным ценностям христианства и обращение к язычеству как эталону понимания сексуальности. “Язычество оправдывает все варианты сексуальной любви и эротических наслаждений”[129] - лейтмотив современной сексологии.

Современному сексуальному либерализму присущи 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 кон. XIX - нач. XXв. медицина собирает, описывает и систематизирует случаи патологической сексуальности, еще не отделяя себя от общепризнанных моральных ценностей. Типичным в этом отношении является исследование французского психиатра Б.Балля “Эротическое умопомешательство” (рус. пер.: 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 нач. XXв. деятельность Р.фон Крафт-Эбинга, М.Хирфельда, И.Блоха, Х.Эллиса 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 - автор идеи “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 служить 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 основу которой легло новое понимание сексуальности. В чем оно заключается?

Новое понимание сексуальности было связано с принципиальным разграничением сексуальности и инстинкта продолжения рода. Сексуальность - это не проявление инстинкта продолжения рода, а проявление либидо, т.е. силы, влияющей на жизнь человека с момента рождения до 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”¹³⁰.

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”^[131]. Таким образом, нарушение ритма и фазности этого процесса является причиной психоневрологических патологий.

Если рассматривать человеческую жизнь как динамическую, становящуюся целостность, как исторический процесс, то логично сделать вывод, что христианство, освящающее сексуальность только как способ продолжения рода, невидимому, и являет собой реализацию нормы в движении от первобытной орды к высокой общечеловеческой культуре - аналогично тому, как подчинение сенсомоторной сексуальности “функции продолжения рода” есть нормальное завершение становления личности.

З.Фрейд пишет: “Поворотным пунктом развития становится подчинение всех сексуальных частных влечений примату гениталий и вместе с этим подчинение сексуальности функции продолжения рода”^[132]. 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”.

Сексология и сексопатология кон. XXв. принципиально разводят этико-социальные нормы и сексуальное поведение человека. Результатом этого разделения стало понятие сексуальная

девиация, которое означает “всякое отклонение от нормы в сексуальном поведении, независимо от его проявлений и характера, степени выраженности и этиологии”[133]. Целью же лечения сексуальной девиации становится “не освобождение от девиантной сексуальности, а высвобождение для девиантной сексуальности”[134]. 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 <курсив мой. - И.С.>”[135].

Согласно классификации, предлагаемой К. Имелинским, все сексуальные девиации разделяются на две группы. Первая группа - это сексуальные отклонения, разделенные по объекту и способу реализации влечения. Вторая группа - собственно патологические сексуальные отклонения, к которым относятся все перечисленные выше, но в “прогрессирующих и импульсивных формах”[136].

Метод К. Имелинского связан с отказом от ценностей традиционной морали, что превращает многочисленные виды сексуальной патологии в норму. Подобные подходы типичны для современной сексологии и сексопатологии. Нельзя не отметить, что многие из них противоречат установкам влиятельных направлений в медицинской психологии, психотерапии и психиатрии. К. 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”[137]. 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, как правило, начинает разрушающе действовать на психику. “Саморазрушающее свойство стремления к наслаждению лежит в основе многих сексуальных неврозов”[138].

Возвратимся к авторитету аналитической психологии - К. Юнгу. “Врач всегда должен помнить о том, что болезни - это просто нарушение нормальных процессов, а отнюдь не *essentiae per se* (самостоятельные сущности) со своей отличительной психологией. *Similia similibus curantur* (подобное лечат подобным) - это 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”[139].

К сожалению, такая 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 1993г. 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 1993г. принимается новая редакция ст.121 Уголовного кодекса РФ, где впервые, вопреки многовековой традиции, отсутствует положение об уголовной ответственности за мужеложество. В новом Уголовном кодексе РФ, вступившем в силу с 1 января 1997г., уголовная ответственность предусмотрена только за насильственные действия сексуального характера (ст.131). Известно, что еще в 1990г. Уголовный кодекс относил гомосексуализм к “преступлениям против жизни, здоровья и достоинства личности”. Еще в 1990г. медики квалифицировали гомосексуализм “как наиболее распространенное половое извращение”. В чем же причины столь резких перемен? Определяющим основанием является развитие медицинского знания. В течение многих веков гомосексуализм рассматривался как нравственный порок, не являясь при этом предметом медицинского исследования. В перв. пол. XIXв. начинает распространяться отношение к гомосексуализму 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 третьего, эндокринного, подхода - в основе гомосексуализма лежат эндокринные нарушения (например, опухоли коры надпочечников). Нейроэндокринная (четвертая) и внутриутробная (пятая) модели объяснения выходят на уровень изменений гормональных процессов у формирующегося плода. Шестой, психоаналитический, подход объясняет гомосексуализм как следствие ранней фиксации на матери. Патологичность или инверсивность гомосексуализма у З.Фрейда не вызывала сомнений. “Клинический портрет гомосексуализма” до сих пор ему не могут простить многие современные “сексуальные либералы”.

Седьмая позиция до последнего времени доминировала в отечественной психиатрии. Это - условно-рефлекторная или дизонтогенетическая концепция гомосексуализма, согласно которой “извращение психосексуальной ориентации формируется в постнатальном периоде под влиянием средовых (психосексуальных) факторов на патологически измененной почве или вследствие неблагоприятных воздействий”[140].

П. Ганнушкин еще в 1933г. 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”[141].

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 морали, основанной на Ветхом и Новом Завете, и т.п.

Формой оправдания гомосексуализма для многих исследователей является идеализация языческой сексуальности. Например, докт. Д.Исаев констатирует наличие гомосексуальных

связей у античных богов - между Зевсом и Ганимедом, Аполлоном и Гиацинтом, Ахиллесом и Патроклом, Гераклом и Гиласом. Ставится “родственный” диагноз Зенону, Сократу, Платону, Александру Македонскому и др. Понятие эрос истолковывается как “символ гомосексуальных союзов”[142]. Подобные изыскания не новы. Еще в 1909г. Г.Миллер в своем фундаментальном исследовании “Половая жизнь человечества”, уже цитировавшемся выше, - изобличает подобные трактовки как некорректные интерпретации заинтересованных лиц[143]. Наиболее убедительными в этом отношении являются следующие суждения Платона в “Законах”: “Из-за влечения... женщин к женщинам и мужчин к мужчинам проистекают несметные беды как для отдельных людей, так и для государств... подобные отношения нечестивы, богопротивны и... позорнее всего позорного... Кто же из людей решится все это возвести в закон?”[144]

Отказ от уголовной наказуемости за мужеложество в современном законодательстве в значительной степени обусловлен мотивом “терпимости и гуманизма” по отношению к больным людям. Например, докт. И.Деревянко полагает: “Гомосексуализм - это клиническое проявление аномалий” 145. Причем сам доктор приводит такую статистику: 60% от общего числа гомосексуалистов не ощущают себя больными. Лишь 25% страдают, ощущая свою неполноценность, и хотят излечиться. При этом ощущение их неполноценности, как полагают многие специалисты, обусловлено конфликтом с традиционной моралью.

В англо-американской культуре подход несколько иной. За последние 30 лет основная тенденция решения этой проблемы сводится к оценке гомосексуализма как варианта нормы, что снимает вопрос о терапии. Интересно, что ряд отечественных специалистов занимает по этому вопросу непримиримую позицию: “С такой точкой зрения мы не можем согласиться”[146].

Отношение к гомосексуализму в европейской культуре прошло три стадии. На первой стадии 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 т.ч. 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, приводящее человечество как вид к деградации и на уровне рождаемости, и на моральном уровне. Для сторонников традиционной морали “стержневая группа” гомосексуалистов (пресловутые 4%), не ограниченная ни юридически, ни морально, представляет собой опасность и постоянный фактор риска (опасность совращения детей и молодежи).

Религиозная оценка гомосексуализма

Протоиер. В.Зеньковский в своей работе “На пороге зрелости” пишет: “Надо бояться того, что порок этот гораздо более распространен, чем думают... Важно охранять мальчиков от покушений на них со стороны извращенных людей старшего возраста”[147].

Библейская мораль на протяжении веков прочно и неизменно стоит на пути этой беды. В книге Левит определяется: Не ложись с мужчиною, как с женщиною: это мерзость... Если кто

ляжет с мужчиною, как с женщиною, то оба они сделали мерзость: да будут преданы смерти, кровь их на них (Лев.18,22;20,13).

В Послании к Римлянам Ап.Павел описывает нечестие и неправду человек, подавляющих истину неправдою (Рим.1,18). Подобно и мужчины, оставив 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, распрей, обмана, злонравия, злоречивы, клеветники, богоненавистники, обидчики, самохвалы, горды, изобретательны на зло, непослушны родителям, безрассудны, вероломны, нелюбовны, непримиримы, немилостивы (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, на 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[148].

Транссексуализм

В нач. 90-х гг. отечественные специалисты вполне однозначно определяли транссексуализм как “половое извращение, ощущение принадлежности к противоположному полу”[149] или как “наиболее резко выраженную ядерную группу врожденного гомосексуализма”[150]. Эти определения соответствовали 9-му Пересмотру Международной классификации болезней 1975 года, в котором транссексуализм был отнесен к разд. “Половые извращения и нарушения”.

Во Введении к 10-му Пересмотру справедливо утверждается, что в XXв. 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”[151].

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 и гомосексуализма, гермафродитизма, бисексуальности. Между перечисленными состояниями существуют как связь, так и отличия. Гермафродитизм - характеристика организма с признаками анатомо-физиологической двуполости, бисексуальность - характеристика личности с двуполой направленностью сексуальных влечений. Транссексуализм - это эмоционально-психическая характеристика личности, отрицающей свой биологический пол. В последние годы среди специалистов, впрочем, преобладает мнение, что к сексуальной извращенности это состояние не имеет никакого отношения. Они считают, что ощущение себя “другим” возникает в детском возрасте и, как правило, сопровождается становлением сознания и самосознания. “Транссексуал” стремится к “восстановлению” пола хирургическим путем.

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 направлений медицины, 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.

Первая операция по “коррекции пола” была произведена в 1951г. в Дании. В настоящее время и на Западе, и в России производство подобных операций поставлено на поток. Например, по свидетельству докт. А.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, на 100 тыс. человек приходится только один, обнаруживающий признаки транссексуализма. Но, несмотря на количественную незначительность, степень эмоционального воздействия явления транссексуализма на общественное сознание (по крайней мере, так считает пресса) весьма высока. С чем это связано?

Сам термин транссексуализм был введен в 1954г. Г. Беньямином. 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. Розанов называл это явление “физической содомией” и рассматривал его как физиологическое основание различных видов религиозной экзальтации, встречающихся и в язычестве, и в таких религиозных сектах, как хлыстовство или скопчество. Например, известен термин сектантов-скопцов - чистота, который означал “отсечение удов срамных” и являлся главным признаком принадлежности к секте.

Приводя различные факты, собранные докт. А.Форедем в его книге “Половой вопрос”(рус. пер.: СПб., 1909), В.Розанов описывает такой типичный случай. Пациент признается: ““За последние годы я ни на минуту не переставал чувствовать себя женщиной... Брак наш <пациент был женат. - В.Р.>, 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...” Какое поразительное признание, до конца и глубоко объясняющее религиозное оскотление”[152].

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, а само оскопление как “торжество” освобождения от пола. В.Розанов, ссылаясь на древние источники, упоминает обычай, 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”[153].

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 к “транссексуалам” в обществе.

Наша Православная Церковь считает, 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”[154].

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

[1] Зигота (греч. - соединенная в пару) - клетка, возникающая при слиянии двух половых клеток, например, оплодотворенная яйцеклетка.

[2] Гиппократ. Избр. Книги. С. 87-88.

[3] Аристотель. Политика // Соч.: В 4 т. М., 1984. Т. 4. С. 624.

[4] Катунский Э. К вопросу о праве родителей на жизнь плода // Медицинская беседа. 1900. №7. С. 178.

[5] Шабад Т. Искусственный выкидыш с принципиальной точки зрения // Медицинское обозрение. 1911. Т.45. №2. С.172.

[6] Стенограмма XII Пироговского съезда // Русский врач. 1913. №28. С.101.

[7] Там же. С.1011.

[8] Терапевтическое обозрение. 1914. №5. С.163.

[9] Жбанков Д. К вопросу о выкидышах // Практический врач. 1914. №31. С.433.

[10] Гиммельфарбг. Исторический очерк вопроса о выкидыше // Терапевтическое обозрение. 1914. №5. С.147.

[11] Стенограмма XII Пироговского съезда. С.1012.

[12] Цит. по: Либерман Я. Изгнание плода в русском законодательстве // Терапевтическое

обозрение. 1914. №5. С. 148.

- [13] Цит. по: Мелентий (Никольский), митр. Аборты. М., 1993. С.39.
- [14] Цит. по: Либерман Я. Изгнание плода в русском законодательстве. С.149.
- [15] Цит. по: Соловьев З. Аборт // Избр. Произв. М., 1970. С. 133-134.
- [16] См.: Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан (1993), ст.36 // Сборник нормативных актов по охране здоровья граждан Российской Федерации. С.25.
- [17] Либерман Я. Изгнание плода в русском законодательстве. С.153.
- [18] См. Сперанский. Трубецкой Евгений Николаевич // Христианство: Энциклопедический словарь. Т.3. С.44.
- [19] Бердяев Н. Самопознание. С. 164.
- [20] Гордон М. Нет, аборт - это не убийство! // Америка. 1992. № 439. С.43.
- [21] Бродский. Возраст плода // Врач. 1913. “ 22.
- [22] Вестник “Жизнь”. М., 1994. С.17.
- [23] Коновалова Л. Правила и исключения // Человек. 1995. № 1. С.111.
- [24] Там же. С. 112.
- [25] Пономарев П. Догматические основы христианского аскетизма по творениям восточных писателей-аскетов IVв. Казань, 1899. С.114.
- [26] Харакас С. Православие и биоэтика // Человек. 1994. №2. С.93.
- [27] Свт. Иоанн Златоуст. Избр. Творения. М., 1994. С.90.
- [28] Прп. Максим Исповедник. Творения. Кн. 1. С.108.
- [29] Аверинцев С. “EUSPLAGCNIA” // Альфа и Омега. 1995. №1/4. С.19.
- [30] См.: Флоренский П., свящ. Столп и утверждение истины. М., 1990. Т. 1. Ч. 1. С.355-356.
- [31] Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы... С.23.
- [32] См.: Мануилова И. Современные контрацептивные средства. М., 1993. С. 8.
- [33] Окинчиц Л. Как бороться с преступным выкидышем? // Журнал акушерства и женских болезней. 1912. Т 27. №3. С.329.
- [34] Мануилова И. Современные контрацептивные средства. С.36.
- [35] Аристотель. Политика. С. 416-417.
- [36] Мануилова И. Современные контрацептивные средства. С.23.
- [37] Там же. С.24.
- [38] Мануилова И. Современные контрацептивные средства. С.21.
- [39] Медицина и права человека. С. 83.
- [40] Лосский Н. Бог и мировое зло. М., 1994. С.358.
- [41] Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд. М., 1994. С.177.
- [42] Харакас С. Православие и биоэтика. С. 98.
- [43] Карсавин Л. О личности // Религиозно-философские сочинения.: В 2 т. М., 1992. Т.1. С.153.
- [44] Соловьев. Смысл любви // Соч. Т. 2. С.529.
- [45] Бердяев Н. Эрос и личность. М., 1989. С.21.
- [46] Лосский. Очерк мистического богословия... С.247.
- [47] Харакас С. Православие и биоэтика. С. 98.
- [48] Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. С.75.
- [49] См.: Шнейдерман Н. Социология и жизнь: Откровенный разговор. М., 1991. С.99.
- [50] Мануилова И. Современные контрацептивные средства. С. 174.
- [51] Симонов. Homo technicus от рождения до смерти // Литературная газета. 1986. 30 июля.

С.13.

- [52] Шнейдерман Н. Социология и жизнь... С.3.
- [53] Гребень В., Кочураг. Медицинские и психологические аспекты искусственного осеменения спермой донора как метод лечения бесплодия // Урология и андрология. Л., 1988. С.167.
- [54] См.: Гробстейн К. Искусственное оплодотворение у человека // Молекулы и клетки. М., 1982. Вып. 7. С.205-209.
- [55] См.: Бахтиаровав. Состояние здоровья детей, родившихся в результате экстракорпорального оплодотворения и искусственного осеменения: Дисс ... канд. мед. Н. / НЦАГиП РАМН. М., 1993. С.123-125.
- [56] Бахтиаровав. Состояние здоровья детей... С. 8.
- [57] См. Ильин Ф. Искусственное оплодотворение в борьбе с бесплодием женщины // Журнал акушерства и женских болезней. 1917. Т. 32. № 1-2.
- [58] Гаварини Л. Искусственное оплодотворение: сто лет дебатов // Пол, секс, человек. М., 1993. С.106.
- [59] Шорохова А. Искусственное оплодотворение у людей // Труды VI съезда Всесоюзного общества гинекологов и акушеров. М., 1925. С. 420.
- [60] См.: Курило Л. Развитие техники оплодотворения ооцита вне организма // Акушерство и гинекология. 1984. №1. С.7-8.
- [61] См.: Леонов.Б. Рождение in vitro // Человек. 1995. №3. С.71.
- [62] См: Бахтиаровав. Состояние здоровья у детей... С.36.
- [63] См: Бахтиаровав. Состояние здоровья у детей... С.122.
- [64] См.: Леонов.Б. Рождение in vitro. С. 72.
- [65] Шорохова А. Искусственное оплодотворение у людей. С 420.
- [66] Там же. С. 420.
- [67] Эдвардс Р. Оплодотворение яйца человека in vitro // Онтогенез. 1970. Т.1. С 177.
- [68] Соловьевв. Три силы // Новый мир. 1989. №1. С. 202.
- [69] Шорохова А. Искусственное оплодотворение у людей. С. 420.
- [70] Сборник нормативных актов по охране здоровья граждан Российской Федерации. С.25.
- [71] См. Хаксли О. О дивный новый мир. М., 1989.
- [72] См.: Вести для Вас. 1995. №11/47. 24 марта.
- [73] Соловьевв. Три силы. С. 203.
- [74] Булгаков С., протоиер. Православие. М., 1991. С.244.
- [75] Цит. по: Лосскийв. Очерк мистического богословия... С.201.
- [76] Лосев А. Проблема символа и реалистическое искусство. М., 1976. С.192.
- [77]. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. С.76.
- [78] Балашов Н., священник. Искусственное оплодотворение: что думают православные? // Человек. 1995. №3. С.79.
- [79] Там же.
- [80] Там же.
- [81] Там же.
- [82] Балашов Н., священник. Искусственное оплодотворение... С. 80.
- [83] Narakas S/ Contemporary Moral Issues facing the Orthodox Christian. Minneapolis, N.d. P.90-91.
- [84] Балашов Н., священник. Искусственное оплодотворение... С.81.
- [85] Лосскийв. Очерк мистического богословия... С.100-101.

- [86] Доссе Ж. Научное знание и человеческое достоинство. С.5.
- [87] Лосев А. Проблема символа и реалистическое искусство. С.128.
- [88] Joseph Ratzinger? Kardinal/ Der Mensch zwischen Reproduktion und Schopping // Bioethik: Philosophisch-Theologische Beitrage zu einem brisanten Thema. S.33-34.
- [89] См.: Гете И. Избр. произвед.: В 2 т. М., 1985. Т.2. С.678.
- [90] Хаксли О. О дивный новый мир. С.173.
- [91] Там же. С. 175.
- [92] См.: “Я бы Моцартом родился” // Человек. 1995. №1. С.139.
- [93] Геном человека: новые возможности, новые проблемы // человек. 1995. №1. С.11.
- [94] Геном человека: новые возможности... С. 10.
- [95] Цит. по: Сулейман Э. Границы дозволенного // Курьер ЮНЕСКО. 1994. №11. С.17.
- [96] Сулейман Э. Границы дозволенного. С. 17.
- [97] См.: Мотков С. Динамика, нормализация и улучшение генофонда населения СССР // Советская евгеника. 1991. №1. С.3-31.
- [98] Акифьев А. Гены, человек, общество. М., 1993. С.8.
- [99] Там же. С. 35.
- [100] Акифьев А. Гены, человек, общество. С.53.
- [101] Бердяев Н. Смысл истории. М., 1990. С. 108.
- [102] Достоевский Ф. Полн. собр. соч.: В 30 т. Л., 1980. Т. 20. С.172.
- [103] Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы... С.74.
- [104] Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы... С.73.
- [105] Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. С.77-78.
- [106] Харакас С. Православие и биоэтика. С. 100.
- [107] Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. С.78.
- [108] Там же. С.79.
- [109] Там же. С.78.
- [110] См.: Поиск. /1998/. №32-33. С.15
- [111] См. НГ-Наука. 1997. №1. Сентябрь. С.5.
- [112] Православная Церковь в Америке: Пресс-релиз / Пер. с англ. И. Силуяновой. Б.м., 1997. 11 марта.
- [113] Имелинский К. Сексология и сексопатология. М., 1986. С.11.
- [114] Сексопатология: Справочник / Под ред. Проф.г. Васильченко. М., 1990. С.8.
- [115] Имелинский К. Сексология и сексопатология. С.265.
- [116] Имелинский К. Сексология и сексопатология. С.156.
- [117] Там же. С. 14.
- [118] Буртянский Д. Кришталъ В., Смирновг. Медицинская сексология. Саратов. 1990. С.4.
- [119] Цит. по: Рыклин М. Мишель Фуко: сексуальность и власть // Логос. 1994. №5. С.203.
- [120] Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. М., 1989. С.12.
- [121] Блох И. История проституции. Репр. СПб., 1994. С.256-258.
- [122] Там же.
- [123] Цит. по: Миллерг. Половая жизнь человечества. СПб., 1909. С.130.
- [124] Цит. по: Бычковв. Эстетика поздней античности, II-III вв. М., 1981. С.77.
- [125] Честертонг. Франциск Ассизский // Вопросы философии. 1989. №1. С.87-88.
- [126] Там же. С. 87-88.

- [127] миллерг. Половая жизнь человечества. С.271.
- [128] Лосскийв. Очерк мистического богословия... С.247.
- [129] Исаев Д. Гомосексуализм в Древней Греции // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.Бехтерева. 1992. №4. С.149.
- [130] Фрейд З. Введение в психоанализ... С.216.
- [131] Там же. С. 217.
- [132] Там же. С. 203.
- [133] Имелинский К. Сексология и сексопатология. С. 265.
- [134] Там же. С. 281.
- [135] Там же. С. 278.
- [136] Там же. С. 293.
- [137] Юнг К. Тэвистокские лекции. Аналитическая психология: ее теория и практика. М., Киев. 1998. С.10.
- [138] Франкль. Человек в поисках смысла. М., 1990. С.55.
- [139] Юнг К. Тэвистокские лекции... С. 3.
- [140] Качаев А., Пономаревг. Возрастная динамика и условия формирования мужского гомосексуализма // Журнал неврологии и психиатрии. 1988. Т. 88. Вып. 12. С.79.
- [141] Цит. по: Свядоц А. Женская сексопатология. М., 1991. С.96.
- [142] Исаев Д. Гомосексуализм в Древней Греции. С.149-150.
- [143] Например, известно, что немецкий психиатр Г.Гизе, утверждавший, что гомосексуализм не является сексуальным извращением, а есть лишь аномалия по отношению к нормативным требованиям человеческого существования, сам страдал этим недугом.
- [144] Платон. Законы // Соч.: В 3 т. М., 1972. Т.3. Ч.2. С.318,321,319.
- [145] Деревянко И. Гомосексуализм: Причины и лечение. Ставрополь. 1990. С.4.
- [146] Свядоц А. Женская сексопатология. С. 91.
- [147] Зеньковский В., протоиер. На пороге зрелости. М., 1991. С.45-46.
- [148] Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. С.84.
- [149] Тимошенко Н., Афонинв. Популярная сексология. Томск, 1990. С.172.
- [150] Свядоц А. Женская сексопатология. С.92.
- [151] Международная классификация болезней (10-й Пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств. СПб., 1994. С.212.
- [152] Розановв. Люди лунного света. М., 1990. С.168-169.
- [153] Там же. С.6-7
- [154] Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. С.84-85.

Глава 5. “Физика” и “метафизика” смерти

“Человек есть существо умирающее” - это суждение принадлежит к разряду бесспорных 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 - это всегда отношение, определяющее всю систему моральных взаимосвязей. Символично, что в библейском понимании смерть 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 осмыслением.

5.1. Критерии смерти и морально-мировоззренческое понимание личности

Проблема смерти - это проблема по существу своему религиозная и медицинская. И если религия и мораль - это своеобразная “метафизика” человеческой смерти, то “физикой” ее является медицина. На протяжении веков в 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 диагностике (случаи мнимой смерти и преждевременного захоронения) разумно сочетались с обычаем христианского отпевания и захоронения на третий день после смерти. Медицинская диагностика смерти как констатация прекращения дыхания и остановки сердцебиения была тесно связана с христианским пониманием сердца и дыхания как основ жизни. Неудивительно, что первые научно обоснованные попытки оживления умерших были направлены на восстановление дыхательной способности и функции кровообращения. Так, например, в 1805г. докт. Е.Мухин предлагал с целью оживления мнимоумерших вдуть в их легкие воздух с помощью мехов. К нач. XIX в. во многих странах Европы ставился вопрос о новом определении смерти, которая связывалась уже с отсутствием эффекта реакции организма на искусственное дыхание. В XIX в. началось бурное развитие медицинских технических средств, которые успешно использовались для более точной констатации смерти. Одновременно проходили испытания новых способов оживления организма. В России первая удачная попытка оживления сердца человека была произведена в 1902г. докт. А.Кулябко (Томский университет). В 1913г. Ф. Андреев предложил способ оживления собаки с помощью центрипетального введения в сонную артерию жидкости Рингер-Локка с адреналином. В 20-е гг. XX в. был сконструирован первый в мире аппарат для искусственного кровообращения. Он был назван (его создателями С.Брюхоненко и С.Чечелиным) автожекктором. В годы Великой Отечественной войны В.Неговский и его коллеги разрабатывали “комплексную методику оживления” организма. Одновременно происходило детальное изучение процессов конечных стадий жизнедеятельности. В.Неговский выделял пять стадий умирания: преагональное состояние, терминальная пауза, агония, клиническая и биологическая смерть. Различение клинической смерти (обратимого этапа умирания) и биологической смерти (необратимого этапа умирания) явилось определяющим для становления реаниматологии - науки, изучающей механизмы умирания и механизмы оживления умирающего организма. Сам термин реаниматология был впервые введен в научный оборот В.Неговским на Международном конгрессе травматологов в Будапеште (1961). Формирование в 60-70-е гг. XX в. 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 и качественное измерение 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 у ряда больных, но в то же время для других больных это “поддержание” оказывается лишь способом продления умирания. Реанимация - это непосредственное свидетельство 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 не что иное, как *план*, созданный человеком, но который в конце концов вынуждает человека к действию, независимо от того, желает он того или уже нет” [1]. Система здравоохранения, оснащенная реанимационной 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, который технологически может продолжаться до десяти лет. Говоря о коматозных больных, проф. Б. Юдин очень метко называет период между состоянием “определенно жив” и состоянием “определенно мертв” - “зоной неопределенности”. В 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 общественным сознанием, для которого очень странным выглядит суждение: “Смерть констатирована, но человек еще дышит”. Современной медицине соответствует образ человека как 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 медицинских ориентиров. Таким образом, “зона неопределенности” оказывается в буквальном смысле слова вне пространства библейских заповедей. Шестая заповедь не;убгш(Исх. 20, 13) в этой зоне “не работает”, ибо в терминах традиционной морали это - “зона” неизбежного убийства, или отказа “отжизнепод-держивающего лечения”. Но кто должен принимать и осуществлять решение о смерти человека? Технические достижения требуют предельно рационального отношения человека к своей смерти. Рациональное отношение к смерти предполагает ответы на такие трагические вопросы: “Как Вы хотели бы умереть, кто должен принимать решение в соответствующей ситуации, кем и насколько строго должна выполняться Ваша воля?” Пытаясь освободить от моральной и юридической ответственности невольных исполнителей “воли зоны” - врачей, общество обращается к принципу эвтаназии-умышленному безболезненному умерщвлению безнадежно больных людей.

5.2. Эвтаназия - моральные, правовые и социальные проблемы

Термин эвтаназия происходит от греч. - хорошо и - смерть и означает сознательное действие, приводящее к смерти безнадежно больного человека относительно быстрым и безболезненным путем с целью прекращения 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, - прогресса, который включает в себя развитие реаниматологии, позволяющей предотвратить смерть больного, т.е. работающей в режиме управления умиранием. Во-вторых, смены ценностей и моральных приоритетов в современной цивилизации с ее идеей “прав человека” в центре внимания. Неудивительно, что 51,5% и 44,8% российских врачей в возрасте (соответственно) 41-50 и 51-65

лет на вопрос социологического опроса (1991-1992): “Считаете ли Вы допустимой эвтаназию?” - ответили: “Никогда об этом не думал(а)” наряду с вариантами ответов: “Да” и “Нет”. Положительный ответ был дан 49% врачей в возрасте 21-30 лет[2]. 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 участниками общих социальных процессов. Различают несколько видов эвтаназии, и прежде всего - активную и пассивную. Активная эвтаназия - это введение врачом летальной дозы препарата. При пассивной эвтаназии прекращается оказание медицинской помощи с целью ускорения наступления естественной смерти. Некоторые объединения западных специалистов, 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 снотворного). Кроме того, вводится градация “добровольной”, “недобровольной” и “непреднамеренной (невольной)” эвтаназии. 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 необоснованными. “Люди имеют право принимать решения, которые другие считают неразумными, поскольку их выбор проходит через компетентное обоснование и совместим с личными ценностями”[3].

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”[4]. Эвтаназия становится практическим принципом, если нравственные ценности личности совпадают с выношенным современной цивилизацией правом на предельную самодетерминацию личности. С либеральных позиций 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 поддерживающего жизнь лечения или отказа от него, 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 неустранима, то помощь больному, просящему легкой смерти, может рассматриваться как гуманная и милосердная. Предложение смерти как “лечения” боли - один из аргументов медицинского уровня. Следующий аргумент может быть назван “альтруистическим”. Он - в желании тяжело больного человека не обременять собою близких ему людей. Но, как правило, это желание определяется не столько тем, что человек сам действительно

хочет уйти из жизни, сколько тем, что он должен так сделать, ибо забота о близких поглощает его индивидуальную волю к жизни. Этот аргумент тесно связан с принципом права на достойную смерть. Нельзя при этом не отметить, что сам принцип достойной смерти формируется с позиций достаточно высокого качества жизни, включающего комфорт, определенную благоустроенность, выбор средств “достойной смерти” и т.п., и основывается при этом на явной доминанте эгоистических мотивов. В современной литературе можно встретить и демографический аргумент. Приемлемость эвтаназии связывается с “существенным постарением населения”, с ростом числа инвалидов преклонного возраста, содержание и лечение которых влечет за собой 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, в которой была разработана и осуществлялась “Программа эвтаназии” по отношению к “жизненно неполноценным” лицам (1938-1939). В 30-е гг. в США существовало общество “Эвтаназия”, которое ставило своей целью изменить законы и легализовать умерщвление “дефективных”. И если в кон. перв. пол. XX в. эти идеи были осуждены мировым сообществом, то в кон. вт. пол. XX в. они вновь набирают силу. При этом, правда, меняется идеология принудительной эвтаназии: на помощь призываются следующие 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 (ибо они финансируют медицинское обслуживание смертельно больных, что вынуждает их сокращать средства на оказание медицинской помощи 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 признаков подлинного антихристианства как формы духовного самозванства, когда святости и ценности христианства присваиваются такими силами “в человечестве, которые на деле и по существу чужды и прямо враждебны Христу и Духу Его”[5]. 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 ближнему” состоит в том, что возможность в связи с болезнью близкого человека проявить долготерпеливую заботу о нем - это есть то, чем реально и непосредственно можно послужить 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 <разрядка моя. - И.С.> и в темнице, и не посетили меня (Мф.25,42-43). Тогда... скажут Ему в ответ: Господи! когда мы видели Тебя алчущим, или жаждущим, или странником, или нагим, 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 (ср. Мф. 25, 44-46). 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” [6]. Подобная оценка эвтаназии отражает не только позицию православного христианства, но и любую консервативную позицию (включая мнение специалистов, - мнение, которое еще 20 лет назад было господствующим в обществе). Основанием для подобной оценки было не только христианское понимание человека, но и влияние врачебной этики Гиппократов, 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 Древней Греции и Древнего Рима. Аргументы медиков, противников эвтаназии, основываются на врачебной практике. Во-первых, медицине известны факты “самопроизвольного излечения” от, например, рака. И хотя такие случаи довольно редки, исключить их - в каждой конкретно-индивидуальной ситуации - нельзя. Во-вторых, практика военных врачей свидетельствует о способности человека приспособиться к жизни, несмотря на инвалидность (например, ампутация ног, рук). Адаптация к жизни и новое качество жизни, как правило, приводили большинство инвалидов к негативной оценке своих прежних просьб (к медицинским работникам) об ускорении их смерти. В-третьих, принятие смерти как “вида” медицинского лечения (лечения боли, страдания) может оказаться мощным препятствием на пути развития самого медицинского знания, которое постоянно стимулируется “борьбой со смертью”. Православный богослов В. Несмелов писал: “Ведь физическая смерть человека является не переходом в новую жизнь, а последним моментом действительной жизни <курсив мой. - И.С.>. 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” [7]. 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 у же 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 <курсив мой. - И.С.>?” [8] 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, на участие 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 (Исх.20,13). А эвтаназия, какие бы благовидные маски она ни принимала, была и остается превращенной 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 (Исх.20,13) неразрывно связано с отрицательным отношением христианства к самоубийству. Церковь говорит об обреченности самоубийцы на вечную гибель, отказывает ему 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 “неумной жадностью самоубийства, ставшей столь распространенной ко времени его <христианства. - И.С.> возникновения”[9]. Язычество, буддизм и атеизм “питали и питают” эту “жажду”. Древнеримский историк Тит Ливий описывал то величавое спокойствие, с которым галльские и германские варвары добровольно уходили из жизни. В языческой Дании воины считали позором закончить свои дни на больничной постели. Известна история и готская “Скала предков”, с которой бросались вниз немощные старики. Об испанских кельтах, презиравших старость, известно, что как только кельт вступал в возраст, следующий за полным физическим расцветом, то он завершал свою жизнь самоубийством. Обычаи, которые предписывали престарелому или больному человеку покончить с собой, в случае их неисполнения лишали этого человека уважения, погребальных почестей и т.п. Это “свободное”, на первый взгляд, действие на самом деле было 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 болезней[10]. В буддизме же, где отречение от жизни само по себе считается примером “образцового поведения”, возрастные и физиологические критерии для самоубийства практически отсутствуют. Самоубийство в буддийской культуре является видом религиозного обряда, и это неудивительно, ибо высшее блаженство и желанная цель жизни находятся вне этой жизни - в “нирване” (“небытии”). Виды самоубийства, принятые в культурах Востока, различны. Их выбор зависит от конкретной религиозной организации, страны, эпохи. Это и смерть, вызванная специальным голоданием, и самоутопление в водах “священных” рек, и вспарывание собственного живота своими руками. Атеизм - еще одна мировоззренческая система, в рамках которой невозможно не признать правомерность самоубийства, если уж строго следовать ее исходным принципам и нормам. Среди них: человек создан для счастья, исполнения желаний, наслаждений и т.п., поэтому человек не должен страдать. В условиях невозможности реализации “права на удовольствие” 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 “назад” - 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 (речь идет о вт. пол. XIX в.) оно возросло в три-четыре раза, и даже в 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”[11]. Анализируя статистику самоубийств, Э.Дюркгейм приходит к выводу, что общепринятые предполагаемые мотивы к лишению себя жизни (нищета, семейное горе, ревность, пьянство, физические страдания, психические расстройства, отвращение к жизни и т.п.), которым и приписывается самоубийство, “в действительности не являются его настоящими причинами”[12]. К настоящим причинам, превращающим человека в добычу монстра самоубийства, Дюркгейм относит вполне определенные черты общества, а именно: состояние морального распада, дезорганизацию, 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 четыре или в пять раз меньше самоубийств, чем протестантские. Следовательно, влияние религии так велико, что превышает всякое другое”[13]. При этом Дюркгейм объясняет это число не степенью интенсивности веры в Бога или в 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 1925г. А. Горский и Н. 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”[14]. 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, - дела борьбы со слепыми силами распада приводит к “окончательной стадии отступления”, коей является “принципиально провозглашаемое индивидуальное или коллективное самоубийство как отказ от жизни”[15]. Знаменательно, что ведущей причиной смертности населения России к 90-м гг. XX в. 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 самоубийств 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 является наиболее значительным источником потерь населения России. Современное состояние российского общества является убедительным доказательством верности социологических исследований Э.Дюркгейма, которые проводились задолго до того, как в России проявились последствия атеизма, фактически бывшего государственной религией. 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, - формой, внушающей человеку, что жить надо как можно меньше? Не призвано ли возрождение Православия в России если не остановить, то хотя бы сдерживать натиск надвигающейся “духовной” эпидемии “рацио-гуманно-милосердных” форм (приемов) оправдания “права на достойную смерть”, и не просто сдерживать этот натиск, но и спасти своих чад? Ибо восстанут лжехристы и лжепророки и дадут знамения и чудеса, чтобы прельстить, если возможно, и избранных. Вы же берегитесь (Мк.13,22-23). Между словами прав. Симеона Богоприимца (+I)- Ныне отпускаешь раба Твоего, Владыко, по слову Твоему, с миром (Лк.2,29) - и призывом современного либерала к осуществлению “права на достойную смерть” - дистанция огромного размера (речь прежде всего идет о смысловой дистанции, а не об исторической). Впрочем, именно история помогает нам понять, что эта дистанция свидетельствует о происходящей в современной культуре подмене образа “мирной и непостыдной смерти” пустым “правом на достойную смерть”. Но как же отличить подлинное милосердие от либерального суррогата? Подлинное милосердие и сострадание - всегда по слову Твоему (Лк.2,29), либеральное - всегда по “праву на предельную самодетерминацию личности”. Церковно-общественный совет по биомедицинской этике принял в 1999г. Заявление “О современных тенденциях легализации эвтаназии в России”: “Возникновение проблемы эвтаназии в нашем обществе непосредственно связано с “мировоззренческим плюрализмом”, признающим существование различных типов ценностных ориентации, включая позицию, допускающую убийство и “право человека на смерть”. По мнению сторонников легализации эвтаназии, это “право” должно быть защищено законом и должно иметь соответствующее организационное обеспечение, используя возможности современной фармакологии и социального института здравоохранения. Церковно-общественный совет по биомедицинской этике считает необходимым в связи с этим заявить следующее: признавая ценность жизни каждого человека, его *свободу* и *достоинство* как уникальные свойства 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 по согласию родственников), либо как самоубийство (по просьбе пациента), либо как сочетание того и другого. Совет выступает против эвтаназии в любой форме, поскольку ее применение неизбежно приведет: 1) к криминализации медицины и к потере социального доверия к институту здравоохранения; 2) к поруганию бесценного дара человеческой жизни; 3) к умалению достоинства врача и извращению смысла его профессионального долга; 4) к снижению темпов развития медицинского знания, в частности, темпов разработок методов реанимации, обезболивающих препаратов, средств для лечения неизлечимых заболеваний и т.п.; 5) к распространению в обществе цинизма, нигилизма и нравственной деградации в целом, что неизбежно при отказе от соблюдения заповеди не убий (Исх.20,13). Квалифицированный врач должен учитывать, что просьба больного об ускорении его смерти может быть обусловлена состоянием депрессии, лишаящим больного 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, - веры в возможность выздоровления, из чего вытекают и поддержание борьбы за жизнь, и недопущение тяжелого душевного состояния. 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”[16] - наставляли учебники по медицинской деонтологии. 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 отрицательным психологическим фактором. Отношение к болезни и реакция на нее у больных различны, они зависят от эмоционально-психологического склада и от ценностно-мировоззренческой культуры пациента. Известно, что когда З.Фрейд узнал от лечащего врача, что у него рак, то он прошептал: “Кто дал Вам право говорить мне об этом?” Вопросы о том, можно ли открыть больному или родным больного страшный диагноз, или следует сохранить его в тайне, или целесообразнее сообщить больному менее травмирующий диагноз, - неизбежные и вечные вопросы профессиональной врачебной этики. В настоящее время специалистам доступны многочисленные исследования психологии терминальных больных. Хорошо известны, например, работы докт. Е.Кюблер-Росс. Исследуя состояние пациентов, узнавших о своем смертельном недуге, 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 “протеста” (“Почему я?”); третья - стадия “просьбы об отсрочке” (“Еще не сейчас, еще немного”), четвертая - стадия “депрессии” (“Да, это я умираю”) и, наконец, пятая, последняя, стадия - стадия “принятия” (“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 ей, как: “За последние три месяца я жила больше и лучше, чем за всю свою жизнь”. Хирург Р. Мак - больной неоперабельным раком легкого, описывая свои переживания - растерянность, испуг, отчаяние, в конце концов утверждает: “Я счастливее, чем когда-либо раньше. Эти дни теперь на самом деле лучшие дни моей жизни”[17]. Один протестантский священник, описывая свою терминальную болезнь, называет ее “счастливейшим временем моей жизни”. В итоге докт. Е.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”[18]. 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 принципа “лжесвидетельства”. Эта ложь умирающим верующим людям “лишает личность решающего итогового момента прожитой жизни и тем самым изменяет condition humaine не только жизни во времени, но и в вечности”[19]. В рамках христианского миропонимания смерть - это дверь в пространство вечности. Смертельная болезнь - это чрезвычайно значимое событие в жизни, это подготовка к смерти и примирение со смертью, это возможность покаяния, 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 его 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”[20]. Право пациента на личный образ мира, право на свободу и на самоопределение, несмотря на явное несоответствие того или иного выбора “принципу пользы”, является основанием доктрины “информированного согласия”. Долг и ответственность врача в рамках этой доктрины понимаются как долг перед свободой и достоинством человека и ответственность за сохранение ценности человеческой жизни, “вытекающей из высокого богосыновнего сана человека”[21].

5.4. “Информированное согласие” : от процедуры к доктрине

Всемирная Организация Здравоохранения и Всемирная медицинская ассоциация, признавая сосуществование различных этико-медицинских позиций и морально-мировоззренческих ориентации, регулирует 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 способствуют 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” (1947) 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-е гг. возникает сам термин *informed consent* и соответствующая ему практика признания обязанности врача сообщать пациенту о риске медицинского вмешательства, об альтернативных формах лечения, прежде чем пациент даст согласие на медицинское лечение. И если в 50-е гг. информация носила профессиональный характер, то в 70-е гг. для информации был введен ориентированный на пациента (*patient-oriented*) критерий, согласно которому информация должна даваться в общедоступной форме и включать три параметра: характеристику цели лечения, возможный риск и существующие альтернативы 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) при исследовании действия лекарственного препарата для лечения поражений периферических артерий. Этот документ содержит семь пунктов: 1) введение; 2) почему проводится исследование эффективности пропирил-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. Буду ли я в чем-нибудь ограничен; 7) гарантии конфиденциальности. После ознакомления с этим документом пациенту предлагается заверить его 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 столь необходима при фактическом (изначальном и естественном) неравенстве в отношениях врач - пациент. Пациент, не обладая, как правило, специальным медицинским знанием, заранее обречен на зависимость от врача: пациент полагается на его, врача, профессионализм. С одной стороны этого неравенства - риск пациента, доверяющего врачу свое здоровье и саму жизнь. С другой стороны - риск врача, не застрахованного от так называемых врачебных ошибок, которые, правда, юридически квалифицируются как “ненаказуемое добросовестное заблуждение при отсутствии небрежности и халатности”[22] или как “обстоятельство, смягчающее ответственность врача”[23]. Своеобразной компенсацией этого “естественного неравенства” является обеспечение пациента полноценной правовой защитой. К ее основным формам относятся: право на согласие на медицинское вмешательство и право на 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 евро-американской терминологии) взаимоотношений врача и пациента, который еще несколько десятков лет назад был идеалом и для евро-американской цивилизации. Идеал этот назывался *патернализмом*. Эта патерналистская (“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 2-м пол. XX в. - это практически революционные изменения в медицинской науке, приведшие к принципиально новым возможностям воздействия на человеческую жизнь и управления ею. Это отступление от патернализма особенно легко произошло 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 отношениях пациент - врач. Формулировалось это так: “Забота об охране здоровья населения постоянно находится в центре внимания Коммунистической партии Советского государства”[24]. В качестве примера патернализма системы советского здравоохранения могут быть рассмотрены “Основы законодательства СССР и союзных республик о здравоохранении” (1969). В рамках этого закона “впервые в истории человечества был разработан и принят государственный кодекс <курсив мой. - И.С.> 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 и бесплатная медицинская помощь. Человек был включен в государственную систему здравоохранения с момента своего рождения до момента смерти. “Декларация прав и свобод человека и гражданина” (1991) обозначила вступление России на общий (для евро-американской культуры) путь демократии. Конституция РФ 1993 года в ст.42 и “Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан” закрепили право граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь. Но эти изменения были достаточно болезненно восприняты российским медицинским сообществом, ибо для него оказались во многом непривычны, пусть и хорошо отработанные в евро-американском здравоохранении, новые принципы и нормы 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 это понятие используется в Законе, раскрывается в разд.IV “Права граждан при оказании медико-социальной помощи”. Во-первых, с помощью этого понятия фиксируется “согласие на медицинское вмешательство” (ст.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” (ст.31). В понятии информированное согласие в границах данного законодательства соединяется как традиционное этико-медицинское правило о “согласии потерпевшего” на медицинское вмешательство, так и новая законодательная регламентация обязанности врача информировать пациента, а также, впрочем, и право пациента на информацию. Введение этой регламентации - одно из принципиальных новшеств российского законодательства, свидетельствующее о движении российской медицины в направлении стандартов, принятых евро-американской цивилизацией, что способствует утверждению столь необходимых для мирового медицинского сообщества единых стандартов. Каковы же характеристики “информированного согласия”? Во-первых, это - предоставление больному полной информации о его заболевании. Во-вторых, это - компетентность и самоопределение пациента, т.е. выбор им медицинского вмешательства согласно его пониманию и представлениям. В-третьих, это - реализация врачом выбора больного, причем 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 должна быть свободна от элементов принуждения и манипуляции сознанием. Второе, это - признание автономного решения пациента. Третье, это - добросовестное осуществление лечения, выбранного пациентом. На какие положительные особенности следует здесь обратить внимание? Прежде всего: “информированное согласие” направлено как на преодоление навязывания пациенту воли и представлений врача о методе лечения, так и на защиту пациента от экспериментально-испытательных намерений специалиста. Далее: информационная модель, отражающая сегодняшнюю специализированность медицинского знания, предполагает предоставление информации высокого профессионального качества. И наконец, “информированное согласие” реализует принцип автономии больного, подчеркивая не только его определенный правовой статус, в границах которого должно осуществляться лечение, но и его право как пациента на решение, соответствующее его собственным ценностям и представлениям о жизни и смерти. Концепция “информированного согласия” несвободна 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 концепции можно отнести и определенную отчужденность, возникающую между врачом и пациентом при таком типе отношений, что тоже не способствует преодолению психологических препятствий, возникающих во время лечения. Этим наносится немалый урон тому “лечебному альянсу”, от которого в значительной степени зависит выздоровление больного. 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 взаимоотношений 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. Розанов утверждал, что смерть так же метафизична, как и зачатие. Для религиозного сознания это - очевидно. Для современного антропоцентрического сознания данное суждение приобретает смысл лишь иногда, в конкретных ситуациях. Одна из таких ситуаций: стремительный выход трансплантации органов на уровень массовой практики и столь же стремительный рост документов этического характера различных профессиональных ассоциаций, а также инструкций и новых законов, которые разрабатывает и предлагает современное право и принимают государства Европы и Америки, Азии и Африки. В 1992г. в России также начал действовать специально разработанный Закон РФ “О трансплантации органов и/или тканей человека”. Нельзя не обратить внимание на то, что даже такие выдающиеся достижения медицины, как изобретение, например, шприца и игл, или использование рентгеновского излучения, или открытия микробиологии и бактериологии (даже формирование “эры антибиотиков”!), не сопровождалось созданием и принятием новых законодательных актов. Это неоспоримо свидетельствует о том, что выход трансплантации органов на уровень “физического” управления смертью человека является не узкоспециальным, частным медицинским вопросом, но серьезной социокультурной и метафизической проблемой. В чем заключается “физическое” управление смертью? В 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 1959г. 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 гг. под влиянием целей и задач трансплантологии начинается процесс сближения этих понятий. Н.Тарабарко констатирует, что в 80-е гг. “концепция смерти мозга как биологической смерти индивидуума применительно к задачам трансплантации была законодательно закреплена во многих странах”[25]. В России еще в 1984г. Большая Медицинская Энциклопедия фиксировала: “Понятие смерти мозга не идентично понятию биологическая смерть, хотя наступление биологической смерти в этих случаях неизбежно”[26]. Но уже в 1993г. в приложении к приказу Минздрава РФ № 189 от 10 августа 1993г. - “Инструкции по констатации смерти мозга человека на основании диагноза смерти мозга” - говорится: “Смерть мозга эквивалентна смерти человека”[27]. Трудно не согласиться с конкретной оценкой подобного и весьма условного отождествления как “исключительно прагматической констатацией конца жизни”[28]. Если общество принимает “прагматическую смерть мозга”, то нет оснований не придерживаться аналогичной логики и при решении вопроса об искусственном поддержании умершего в его жизненных функциях до тех пор, пока его органы не станут необходимы для трансплантации. И лишь после “забора” или “изъятия” обеспечить смерть (опять же искусственно), теперь уже биологическую. “Прагматический” исход трансплантации в значительной степени способствует формированию у медицины новой функции - “смертеобеспечения”. А это равнозначно принципиальной переоценке отношения общества к медицине и здравоохранению, пациента к врачу, равнозначно переосмыслению традиционного социального доверия к этической безупречности медицинской деятельности. В настоящее время трансплантация - одно из направлений практического здравоохранения. По данным IX

Всемирного конгресса трансплантологов (1982), к тому времени уже было пересажено более 700 сердец, более 60 тыс. почек и т.д. Пока трансплантологические операции исчислялись единицами и носили экспериментальный характер, они вызывали удивление и даже одобрение. В 1967г. К.Бернардом была произведена первая в мире пересадка сердца. Вслед за ней - в течение 1968г. - была произведена еще 101 подобная операция. Эти годы называли временем “трансплантационной эйфории”. Она была вызвана не только уникальностью подобных операций. Пересадка сердца - как никакое другое достижение современной культуры - с особой остротой поставила перед человечеством ряд 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? Чтобы попытаться найти ответ на эти вопросы, следует обратиться к истории трансплантации.

История трансплантации

Историки медицины не случайно выделяют в истории трансплантации начало собственно научного подхода к трансплантации, датируя его XIX веком. Первые исследования по проблемам трансплантации были проведены итальянским докт. Г.Баронио и немецким - Ф.Райзингером. Особое внимание уделяется деятельности Н.Пирогова по созданию костнопластической хирургии. Нельзя не упомянуть и о диссертации П.Берта: “О трансплантации тканей у животных” (1865). Исследователи Е.Азаренко и С.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 “гомотрансплан-тацией”, т.е. с заменой утратившего функциональность органа новым (будь то почка, сердце, легкие). Значимыми вехами второго этапа являются первые экспериментальные пересадки почки (А.Каррель; 1900-е); первая ксенотрансплантация - пересадка почки от свиньи (Е.Ульман; 1902); первая аллотрансплантация - пересадка почки от трупа (Ю.Вороной; 1931); первая имплантация искусственного сердца (В.Демихов; 1937); первые успешные пересадки почки от живых доноров (Д.Хьюм; 1952); разработка действующей модели искусственного сердца для клинических целей (У.Колфф и Т.Акуцу; 1957); первая в России успешная пересадка почки (Б.Петровский; 1965); первая в мире пересадка сердца от человека к человеку (К.Бернард; 1967); публикация “гарвардских” критериев “смерти мозга” (1967); создание Евротрансплантата для обмена органами по тестам гистологической совместимости (1967); создание НИИ трансплантации органов и тканей АМН СССР (1967); первая в России успешная пересадка сердца в клинике (В.Шумаков; 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, до-научной. Ведущей идеей до-научной трансплантации, - идеей, которая остается значимой и для современной медицины, является концепция “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 попыток переливания крови животных и младенцев - людям пожилого возраста с целью достижения омоложения. Овидий рассказывает, что Медея именно так, переливая кровь, возвращает Эсону юность. Гиппократ полагал, что употребление злым человеком крови овцы может изменить душевные свойства человека[29]. Существование вампиризма с его ритуально-сакральными манипуляциями с кровью послужило основанием для запрещения Ватиканом - практически на 100 лет - любых форм переливания крови. Тем не менее исследователи подчеркивают, что переливание крови как научный метод не в последнюю очередь возникает из магии крови[30]. Весьма характерно в этой связи суждение докт. И.Спасского, который еще в 1834г. писал: “Вводимая в сих случаях <потеря крови при родах. - И.С.> в вену кровь, вероятно, действует не столько своим количеством, сколько живительными свойствами <курсив мой. - И.С.>, возбуждая деятельность сердца и кровеносных сосудов”[31]. 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 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”[32]. Первое в мире отделение по заготовке трупной крови в НИИ им. Н. 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-го по 1992г. в России действовало постановление Совнаркома “О порядке проведения медицинских операций”, согласно которому тела граждан после смерти становились как бы собственностью государства и практически автоматически обслуживали “интересы науки и общества”. Еще в 1980г. историки медицины констатировали: “Широкое применение в клинической практике кадаверных <трупных. - И.С.> тканей и органов составляет неоспоримый приоритет советской медицины”³³. Этот “приоритет” основывался на отрицании права человека распоряжаться своим телом после смерти; это отрицание явилось естественным следствием материалистического понимания человека. Согласно этой позиции со смертью человека теряют силу и все его права, так как он перестает быть субъектом воли и права (тем более если он, в силу определенных исторических условий, не получил возможности стать субъектом права и при жизни). В 1992г. законодательство России в сфере медицины было приведено в соответствие с принципами защиты прав и достоинства человека, разработанными Всемирной Организацией Здравоохранения. Основная позиция ВОЗ по вопросу о праве человека на свое тело после смерти сводится к признанию этого права по аналогии с правом человека распоряжаться своей собственностью после смерти. Основываясь на рекомендациях ВОЗ, Закон РФ “О трансплантации органов и/или тканей человека” вводит презумпцию согласия (“неиспрошенное согласие”), в соответствии с которой “забор” органов из трупа и их использование осуществляются, если умерший при жизни не высказывал возражений против этого или если возражений 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 процедуры получения согласия на изъятие органов у умерших людей. Второй моделью является так называемое испрошенное согласие, которое означает, что либо умерший явно заявлял до кончины о своем согласии на изъятие органа, либо родственник умершего 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 Германии, Италии, Канады, США, Франции. При этом специалисты полагают, что принцип *презумпции согласия* является более эффективным, т.е. полнее 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”[34]. Прямое обращение врачей к пациенту или к его родственникам (“испрошенное согласие”), 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”[35]. Тем не менее в современной медицине продолжается процесс расширения показаний к различным видам пересадок, что является одним из объективных оснований того, что устойчивой особенностью современного общества становится “дефицит донорских органов”. Состояние “дефицита донорских органов” - это хроническое несоответствие между “спросом” на них и “предложением”. В любой (данный) момент времени приблизительно 8-10 тыс. человек ожидают донорский орган, что заставляет специалистов-трансплантологов искать и находить “пути” к стабильным источникам донорского материала. Один из таких “путей” приводит к необходимости установления “момента смерти”, что значительно расширяет, с точки зрения специалистов, возможности получения органов для трансплантации. Еще одним “путем” становится “ранняя констатация смерти мозга”; другой “путь” - выявление “потенциальных доноров”. Указанные пути определяют движение в направлении к прагматическому отношению к смерти человека. Оно связано с возможностью утверждения в обществе потребительского 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 ст.1 Закона РФ “О трансплантации...”, что лишь свидетельствует о реальности этих процессов. Характерно, что сами трансплантологи приходят к выводу: “Приобретение и использование живых почек и роговиц оказывается значительно доходнее, чем промышленное предпринимательство”[36].

Формой противостояния коммерциализации трансплантации является запрет на трансплантацию донорских органов от живых неродственных индивидуумов, установленный в Законе “О трансплантации...”. Трансплантация органов от живых доноров тоже проблематична в этическом плане. Нравственно ли продлевать жизнь ценою ухудшения здоровья, сознательной травматизации и сокращения жизни здорового донора? Гуманная цель продления и спасения жизни реципиента теряет свой смысл, когда средством ее достижения становится нанесение вреда жизни и здоровью донора. Не менее драматичными являются ситуации дефицита донорских

органов. Относительно проблемы приоритета (в получении 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”[37]. 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 и обмен донорскими трансплантатами между трансплантационными объединениями. Обеспечение “равных прав” реализуется через механизм выбора сугубо по медицинским показаниям и связано с тяжестью состояния пациента-реципиента и показателями иммунологической или генотипической характеристик донора. К известным трансплантационным центрам относятся Евротрансплант, Франстрансплант, Скандио-трансплант, 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 обоснованию, оправданию и пропаганде трансплантации как нового направления в медицине. В качестве характерного примера либерального обоснования донорства может быть приведена концепция “физиологического коллективизма”, разработанная в 20-е гг. XX в. А. Богдановым, организатором первого в мире Института переливания крови. 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 единого “социального” организма (опять же буквального)[38]. Современные трансплантологи не создают утопических концепций, но стремятся выйти на уровень этических правил и норм своей деятельности. Различные формы рекомендаций и правил, которые принимают либеральные специалисты-трансплантологи, имеют своим фундаментальным основанием два принципа антропоцентризма. Первый касается натуралистическо-прагматического отношения к человеку, второй - конечности жизни (отрицание 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 “последнего пути” и “серьезным” отношением к смерти. Либеральные идеологи полагают, что успех трансплантологии возможен только в условиях “развитого и подготовленного <курсив мой. - И.С.> общественного мнения, признающего безусловность гуманистических ценностей по всему кругу вопросов практики трансплантации органов”[39]. Среди безусловных гуманистических ценностей особо выделяются следующие три: “добровольность, альтруизм, независимость”[40]. Особое место в либеральной биоэтике занимает понятие анатомические дары. “Дарственность”, т.е. безвозмездность, “анатомических даров” исключает возможные экономические мотивы данного поступка. Включение любой формы экономического расчета означает потерю ценностно-

значимого, нравственного статуса “дарения”. Либеральная биоэтика представлена и попытками объединения “экономической выгоды” и “гуманности”. Широко известно предположение, что высокая цена органов, которую в состоянии заплатить богатые дельцы, 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)”[41]. “Разумные расходы” и гуманность целей трансплантации не вызывают сомнений. Но средства ее реализации, предполагающие экономические отношения по типу купли-продажи, включая и их превращенные формы (“дарение”), с неизбежностью умаляют этический смысл трансплантации. Кантовскому критерию этичности - рассмотрению человека как “цели”, а не как “средства” - не соответствует подобные экономическая разумность и целесообразность. Именно кантовский критерий этичности, кстати, положен в основание ст. 1 Закона РФ “О трансплантации...”; в ней четко оговорено: “Органы и/или ткани человека не могут быть предметом купли-продажи”. В предисловии к руководству по трансплантологии акад. В.Шумаков ставит задачу организации “научно обоснованной пропаганды донорства”[42]. Такая постановка задачи, сориентированная либерализмом, может иметь своим следствием лишь какой-нибудь новый вариант богдановского “физиологического коллективизма”. Стремление науки своими средствами обосновать донорство не вполне этично. Обоснование донорства - задача не науки, будь то физиология, биология, химия, генетика и т.п. Обоснование донорства - это задача этики, в т.ч. этики религиозной. Об этом свидетельствует и понятие *дарение органов*, которое становится новым символом взаимной заботы, любви и спасения жизни, но по сути дела просто представляет собой современную трансформацию традиционной религиозной идеи жертвенности.

Консервативная позиция

Те, кто придерживается консервативной позиции, менее всего склонны содействовать тому, чтобы современная российская наука вновь вставала на исхоженный советским атеизмом вдоль и поперек тупиковый путь противопоставления науки и веры. Сегодня естествознание получило наконец возможность осознать, что действительное различие между наукой и верой является условием их самоценности. Сегодня стало очевидным, насколько произвольно само “воинственное” взаимоисключение науки и веры. В православном Символе веры утверждается вера в воскресение мертвых. Вопрос - включает ли “оживление костей” воссоздание целостности тела, которое стало жертвой трансплантологической практики, является предметом веры. И какую бы научную форму ни 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”, воспринимая человека с диагнозом “смерть мозга” как определенную личность: “В таких случаях надо четко осознавать: при смерти мозга пациент перестает быть человеческой индивидуальностью”[43]. Христианская позиция, которую ясно выразил православный богослов проф. В.Несмелов, исходит из того, что

физическая смерть - не только переход в новую жизнь, но и последний момент “действительной жизни”[44]. Христианская позиция - это понимание смерти как “стадии” (пусть и последней) 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/или тканей человека” запрещает куплю-продажу человеческих органов и тканей, что, повторюсь, 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. Остальные ткани - это человеческие эмбрионы, извлеченные в результате прерывания беременности на поздних сроках (16-22 недели). Появление постановления Правительства РФ (1996) 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.Сухих, в его институте “собран самый крупный в мире банк фетальных тканей”[45].

Этот “самый крупный в мире банк” - результат опережающего все мировые показатели количества аборт, в т.ч. и на поздних сроках 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 2000г. 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 собой пример вопиющей безнравственности и носит преступный характер” Перечисленные “явления” говорят 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”[47]. 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 есть сознательное и добровольное действие человека, оно не может быть результатом внушения и - тем более - насилия. Определенным видом нравственного “насилия” и 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 работы. Найти, понять и принять меру участия 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.

[1] Хайдеггер М. Закон тождества // Хайдеггер М. Разговор на проселочной дороге. М., 1991. С. 75.

[2] См.: Быкова С., Юдин Б., Ясная Л. Эвтаназия: мнение врачей // Человек. 1994. №2. С. 148.

[3] Право умирающего человека на прекращение жизни // JAMA. 1992. №10. С. 48.

[4] Там же. С. 48.

[5] Соловьев В. Три разговора о войне, прогрессе и конце всемирной истории // Соч. Т. 2. С. 708.

[6] Харакас С. Православие и биоэтика. С. 96.

[7] Несмелов В. Наука о человеке. С. 387.

[8] Булгаков С., протоиер. О чудесах евангельских. С. 64.

[9] Ницше Ф. Веселая наука: Стихотворения и философская проза. ПСб., 1993. С. 380.

[10] См.: Дюркгейм Э. Самоубийство... С. 197.

[11] Там же. С. 363.

[12] Там же. С. 128.

[13] Там же. С. 123.

[14] Горский А., Сетнецкий Н. Смертобожество // Путь. Репр. 1992. Кн. 2. С. 272-273.

[15] Там же. С. 273.

[16] Грандо А. Врачебная этика и медицинская деонтология. Киев, 1982. С. 84.

[17] Цит. по: Калиновский П. Переход: Последняя болезнь, смерть и после. Екатеринбург, 1994. С. 125.

- [18] Там же.
- [19]. Гальцева Р. Христианство перед лицом современной цивилизации // Новая Европа. 1994. №5. С. 10.
- [20] Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. С. 82.
- [21] Гальцева Р. Христианство... С. 13.
- [22] Малейна М. Человек и медицина в современном праве. М., 1995. С. 162.
- [23] Савицкая А. Возмещение ущерба, причиненного ненадлежащим врачеванием. Львов, 1982. С. 186-194.
- [24] Бердичевский Ф. Уголовная ответственность медицинского персонала за нарушение профессиональных обязанностей. М., 1970. С.3.
- [25] Тарабарко Н. Критерии биологической смерти: Методы оценки потенциального донора // Трансплантология: Руководство / Под. ред. Акад. В. Шумакова. М., 1995. С.21.
- [26] Попова Л. Смерть мозга // Большая Межицинская энциклопедия. М., 1984. Т. 23. С.453-454.
- [27] Правовые основы здравоохранения в России / Под. ред. Ю. Шевченко. М.,
- [28] Low R. Antropologische Grundlagen einer christlichen Bioethik // Bioethik: Philosophisch-Theologische Beitrage zu einem brisanten Thema. 1990. S. 129.
- [29] См.: Олейник С. Переливание крови в России и в СССР. Киев, 1955. С.15.
- [30] См.: Бернард С. Река жизни. М., 1965. С. 64.
- [31] Цит. по.: Олейник С. Переливание крови в России и в СССР. Киев, 1955. С. 15.
- [32] Прозоровский В., Велишева А., Бурштейн Е. и др. Актуальные вопросы трансплантации и медико-правовые аспекты регулирования // Судебно-медицинская экспертиза. 1970. №3. С. 7.
- [33] Мирский М. Их истории разработки в советской медицине нормативных актов по изъятию кадаверных тканей и органов // Актуальные вопросы трансплантации искусственных органов. М., 1980. С. 114.
- [34] Трансплантология: Руководство. С. 13.
- [35] Трансплантология: Руководство. С. 14.
- [36] Трансплантология: Руководство. С. 12.
- [37] Трансплантология: Руководство. С. 16.
- [38] См.: Богданов А. Борьба за жизнеспособность. М., 1927.
- [39] Трансплантология: Руководство. С. 13.
- [40] Трансплантология: Руководство. С. 8.
- [41] Трансплантология: Руководство. С. 15.
- [42] Трансплантология: Руководство. С. 5.
- [43] Трансплантология: Руководство. С. 9.
- [44] Несмелов В. Наука о человеке. С. 387.
- [45] Сухих Г. Секрет их молодости // Столица. 1994. №11. С. 32.
- [46] Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. С. 81.
- [47] Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. С. 80-81.

Глава 6. Идея справедливости в медицине и здравоохранении

Нравственная идея справедливости - одна из основных идей, регулирующих человеческие отношения. Известный современный исследователь проблемы справедливости, Дж.Роулс, полагает, что справедливость - первая добродетель социального института[1]. Эта оценка традиционна для культуры. Еще Платон в “Законах”, рассуждая о социальной жизни, именно в

идею справедливости видел одно из оснований ее, жизни, благоустройства[2]. 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”[3]. Идея справедливости во всех отношениях 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, основанием 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, и морально-мировоззренческие традиции общества или страны, и уровень экономического развития государства 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 нашу задачу не входит детальный анализ принципов их работы, сравнение их эффективности и результативности. Это проблема специалистов - организаторов здравоохранения. В поле нашего внимания - идея справедливости, ее различные смыслы и их регулятивная связь с процессами в современном здравоохранении. Важнейший критерий для оценки благополучия общества (или государства) - это тот способ (образ действий), каким общество (или государство) обеспечивает охрану здоровья своих граждан. Принцип справедливости в здравоохранении сегодня непосредственно связан с правом человека на охрану здоровья в рамках социального института здравоохранения и является основанием для оценки уровня социальной защиты человека в данном обществе. История XX в. свидетельствует, что тенденция вытеснения платной медицины системами обязательного медицинского страхования и национально-государственного здравоохранения оказалась чрезвычайно устойчивой, обнаружив, что идея справедливости, проникая в область здравоохранения, преобразует ее. Так, например, переход от страховой медицины к национальным системам здравоохранения происходит в Италии и Португалии, переход к обязательному (всеобщему, национальному) медицинскому страхованию от добровольного (частного, коммерческого) страхования происходит в Израиле, на Кипре, в Нидерландах, США, Южной Корее. В 1985г. в Испании было принято решение добиться 100% охвата населения медицинской помощью (против имевшихся 85%). Другие страны - Бельгия, Великобритания, Германия, Франция, 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” - “лучшее”). Уже античной цивилизации было понятно, что всякая власть издает законы сообразно с ее пользой и объявляет их справедливыми (см.: Платон. Государство. 338e-339a)[4]. Объективное основание такой справедливости усматривалось в согласии с природой. В платоновском “Горгии” софист Калликл 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”[5]. Такое понимание справедливости было близко и древним восточным культурам. Интересно, что слово справедливость отсутствовало в санскрите, в китайском и корейском языках (древнего периода). 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”[6]. 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 (Р.Ноцик), согласно которому “налогообложение, которое перераспределяет доходы в пользу социальных неудачников, является разновидностью воровства”. А государственные программы всеобщего здравоохранения являются-де разновидностью социальной несправедливости, так как предполагают насильственное перераспределение честно заработанной собственности, от чего выигрывает главным образом государственная бюрократия. Это - ориентированное на рынок - понимание справедливости отрицает какое-либо специальное право на здравоохранение и предполагает, 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”[7]. Согласно принципам утилитаризма, не следует исходить из первичности теоретического определения справедливости. Все решает действие, практика и ее результат, либо умножающий пользу, либо нет. Нельзя судить о справедливости 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 основании оценки ее эффективности, которая проявляется в параметрах заболеваемости, смертности, продолжительности жизни, а не в теоретической противоречивости понимания

справедливости. Согласно же статистике, в кон. 70-х гг. население большинства экономически развитых стран, включая США, было удовлетворено уровнем оказания медицинской помощи. Однако в последние годы и в этой стране проблема справедливости в здравоохранении ставится с особой остротой и в настоящее время оценивается специалистами в качестве основной проблемы американской биоэтики. При ответе на вопрос, чем определяется такая острота ситуации в биоэтике, нельзя не вспомнить известный диалектический принцип: “Равенство существует лишь в рамках противоположности к неравенству, справедливость - лишь в рамках противоположности к несправедливости”[8]. Можно предположить, что роль проблемы справедливости в американской биоэтике определяется возрастающим осознанием различия между существующей в США системой и идеологией здравоохранения и основными тенденциями развития системы здравоохранения в мире. Эти тенденции соответствуют все более укрепляющемуся в мировом сообществе пониманию того, что нельзя считать справедливой систему здравоохранения, если она не обеспечивает доступной медицинской помощи всем, кто в ней нуждается. Действительно, известно, что система частного (коммерческого) страхования делает недоступной медицинскую помощь для 37 млн. американцев, которые не могут купить страховой полис по причине его высокой стоимости. Еще 20 млн. человек имеют ограниченное страхование (только на госпитализацию). В 80-е гг. число незастрахованных возросло на 20% по сравнению с 70-ми годами. Среди незастрахованных было много молодежи. Согласно данным комиссии Конгресса США о состоянии страховой медицины, опубликованным в сентябре 1990 г., большинство незастрахованных прямо или частично заняты в производстве (три четверти незастрахованных - работающие и члены их семей). Незастрахованные рабочие трудятся в самых разных фирмах, но особенно их много в фирмах малых. В 1987г. почти третья часть работающих на малых предприятиях (численностью менее 25 человек) не были застрахованы. Поскольку же на малых фирмах работают ок. 33,4 млн. человек, то проблемы страхования этой группы трудящихся составляют предмет озабоченности общества[9]. Программа государственного страхования “Медикер”, пытаясь обеспечить медицинской помощью миллионы пожилых людей, покрывает лишь 40% их затрат, резко ограничивая возможность и своевременность получения медицинской помощи. 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 определенную часть бедных слоев населения Америки. В 1987г. программа оказывала помощь всего 44% тех, чьи доходы ниже “черты бедности”. Даже среди очень бедных (семейный бюджет которых ниже 25% от “уровня бедности”) каждый четвертый не получал медицинской помощи ни от “Медикейд”, ни от какой-либо другой программы. Оценивая эту ситуацию как несправедливую, исследователи основываются на теории справедливости Дж.Роулса, ставшей в последние годы популярной в США. Согласно Роулсу, справедливость, т.е. согласование притязаний и конкурирующих интересов членов общества, может быть достигнута 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 - в праве каждого человека на минимум медицинской помощи. Необходимость сбалансировать различные интересы и притязания граждан требует, чтобы эгоизм властвующей элиты,

создающей законы, был “выверен”. Средствами этой “выверки” становятся беспристрастность и честность “позиции первоначального состояния”. Выйти на уровень этой позиции, с точки зрения Роулса, способна 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 признанию принципа максимизации минимума благ, которые должны получать все граждане. К этим благам относится и здравоохранение, так как оно обеспечивает условия равных возможностей и, следовательно, гарантирует реализацию идеи справедливости. Концепция Роулса отличается от утилитаризма тем, что определяющими становятся не практические основания, а рациональные принципы, имеющие ценность сами по себе. Их ценность заключается в том, что они могут быть поняты, оправданы и приняты любым рационально мыслящим и действующим индивидом. Метод социальной редукции, к которому прибегает Роулс, обнаруживает, что эта концепция, исходящая в итоге из личных интересов индивида, находится в рамках традиции индивидуалистического морального сознания. Но еще в древности возникает и другое понимание справедливости, также сохраняющее работоспособность в современной культуре.

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

Формирование представления о справедливости как требовании не только к индивиду (в т.ч. и к субъекту власти), но и к общественным отношениям и обществу в целом связано со становлением христианской культуры. Первичным основанием этой требовательности становится не интерес индивида и не закон как результат соглашения индивидов. Согласно мч.Иустину Философу, “Бог установил то, что всегда и везде является справедливым”[10]. Он создал человека свободным и дал ему разум, чтобы избирать истину и поступать справедливо. Такому пониманию справедливости соответствует и морфологический состав слова *справедливость*, в котором можно этимологически выделить древний корень *прав-*, близкий 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 законе христианской традиции оказывается связанным с нравственным содержанием. Свт. Григорий Нисский (+ после 394) писал: “Бог есть Любовь и Источник любви: Божественный Творец запечатлел эту черту и на нашем лице”[11]. Понятия закон и правда, в христианском понимании, превращают справедливость в то, что сообразно человеколюбию. Одна из форм справедливости как милосердия осуществляется в организации помощи больным. Первый в истории лазарет основывает епископ Нонн в 457г. в городе Эдессе. Характерно, что само понятие лазарет христианского происхождения. Оно непосредственно связано с евангельской притчей об исцелении Лазаря. В дальнейшем как на христианском Востоке, так и на христианском Западе формируются монастыри, специально предназначенные для ухода за больными и нуждающимися. “Наряду с многочисленными орденами прежнего направления в XI-XIII вв. возникают ордена госпитальеров (“странноприимные”), рыцарские ордена и женские монастыри, посвящающие себя всецело уходу за ранеными и больными, т.е. делам милосердия”[12] (например, понятие сестры милосердия связано с названием ордена “Сестры милосердия”, основанного в 1633г. во Франции В.де Полем). Традиционно и в России монастыри были не только духовными, но и телесными лечебницами. Как свидетельствует Н.Богоявленский, “построенная еще при Сергии <Прп. Сергии Радонежском (+392). - И.С.> в

XIV в. больница (в 71 км к северу от Москвы) впоследствии приобрела значение образца больничного уклада для всех монастырских больниц”[13]. 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 вв. представляли собой попытки воплотить идеал социальной справедливости как равенства в праве на милосердие, разительно отличаясь от существующей социальной действительности. “Но именно здесь, в этом противопоставлении идеала действительности, долженствованию 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 долженствованию и действительности указывает путь прогрессивного движения истории, такого ее движения, которое является самоутверждением человека”[14]. “Путь прогрессивного движения истории” в значительной степени был определен христианской моделью общественного здравоохранения и вел от частной медицины к таким формам, как обязательное медицинское страхование и государственное здравоохранение. При этом нельзя не отметить, что во многих странах присоединение государственных структур к финансированию здравоохранения 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 кон. XIX в. было в первую очередь связано с возникновением и развитием рабочего и социалистического движения. Социальное страхование, и в т.ч. медицинское, в принципе во всем мире возникало и развивалось в связи с появлением профсоюзов или социал-демократических партий. Подтверждает этот вывод и хронология возникновения социального страхования (включая медицинское) и рабочих партий и профсоюзов, - хронология, представленная в следующей таблице:

Страна	Социалистич. партия	Профсоюзы	Социальное страхование	Медицинское страхование
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	
Великобрит.	1900	1868	1908	
Швейцария	1888	1880	1911	1892
Швеция	1889	1898	1913	
Италия	1891	1906	1914	

“В нач. 30-х гг. XXв. обязательное медицинское страхование имело место в большинстве развитых стран Европы”[15] - заключают авторы исследования, из которого мною взята приведенная выше таблица. Идея справедливости может выступать, такова 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. Уникальной попыткой приблизить и реализовать идеал справедливости как справедливого распределения благ, в данном случае медицинской помощи, “по потребностям”, а не “по труду” явилась система государственного (народного) здравоохранения в СССР. В 1984г. 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”[16]. 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”[17]. Обеспечение бесплатной медицинской помощью всех граждан не было столь справедливым, если говорить об объеме медицинских услуг и их качестве. Ведомственные “медсанчасти” отличались от сельских, районных и городских 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 помощи. Благие намерения идеологии превратили и воплотили “коммунистический идеал” (“должное”) в норму (“сущее”) лишь обостряли противоречие между ними. “Временные трудности” социализма имели тенденцию превратиться во “временные навсегда”. Неслучайно элитарное здравоохранение в кон. 80-х гг. стало для демократических сил одним из свидетельств несправедливости советской государственной системы. Двадцать восьмого июня 1991г. был принят Закон РФ “О медицинском страховании граждан в РСФСР”, а 2 апреля 1993г. 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 ст.1 разд.I 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"[18]. Помимо обязательного медицинского страхования в России работает система дополнительного медицинского страхования, которая обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских услуг - сверх установленных 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"[19]. 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"[20]. Переход от деклараций к поискам конкретных дополнительных источников финансирования здравоохранения неизбежно будет сопровождаться усилением неравенства по качеству медицинской помощи для разных категорий населения. Преодоление неравенства - сложный и длительный процесс. В настоящее время нет страны, которая была бы окончательно удовлетворена состоянием своей системы здравоохранения. Практически в каждой стране осуществляется ее коррекция, ведутся преобразования, а порой и реформы. Не вызывает сомнений одна из основных задач этих преобразований - справедливость, т.е. равенство всех граждан в доступе к медицинской помощи высокого качества.

6.4. Врачевание как деятельное проявление справедливости

Суждение Гиппократов о том, что врач должен быть справедливым при всех обстоятельствах, - давно стало аксиомой медицинской этики. История меняет обстоятельства, позволяя выявить среди них устойчивые и повторяющиеся. Одно из них - верность профессиональному долгу независимо от экономического положения пациента, его пола, расы, социального положения, характера заболевания, религиозных и политических убеждений, независимо от личной симпатии или антипатии врача. Постоянные призывы к врачу быть справедливым и гуманным по отношению к больному показывают реальность неравенства между здоровым и больным человеком. Основание неравенства, как уже отмечалось выше, выразил Ф. Ницше: "Больной - паразит общества... Прозабывание в трусливой зависимости от врачей и искусственных мер... должно бы вызывать глубокое презрение... Врачам же следовало бы быть посредниками в этом презрении: не рецепты, а каждый день новая доза отвращения к своему пациенту... высший интерес жизни... требует беспощадного подавления и устранения вырождающейся жизни"[21]. В этом суждении обостряется известный карамазовский вопрос: "Как можно любить своих ближних?" - вопросом: "Как можно любить больных?" Ответ приобретает особое значение в связи с распространенной и принятой многими медиками этической позицией: "Быть настоящим врачом - значит уметь любить больного"[22]. "Уметь любить больного" и, прежде всего, быть к нему справедливым, во-первых, может быть дано человеку, т.е. иметь свой глубокий корень в

нашей природе. Во-вторых, может быть задано человеку долгом. Рассмотрим эти две позиции. О справедливости как естественном свойстве человеческой природы свидетельствует евангельская притча о милосердном самарянине (см. Лк. 10,30-37). В притче рассказывается о том, как израненному человеку не пришли на помощь ни проходивший мимо священник, ни левит. Самарянин же сжалился, перевязал раненному раны, позаботился о нем. В святоотеческой литературе существует ряд толкований притчи о самарянине. Как правило, под израненным человеком, пострадавшим от разбойников, подразумевается человек вообще, под священником и левитом - Ветхий Закон, который не в состоянии помочь человеку, а под самарянином - Сам Христос Спаситель[23]. Но именно в силу этого способность к справедливости и милосердию не чужда человеку, она естественна для Его образа и подобия. Проф. В.Мак-Дермот как-то заметил, что врач благодаря своей профессии всегда немного самарянин, готовый помочь другому человеку в несчастье[24]. Это тонкое замечание указывает на высоту духовного предназначения врача. Образ самарянина напоминает об особом отношении к страдающим больным людям, - отношении, которым непременно должен обладать врач-профессионал. Каково же оно? Во-первых, врач должен быть независим от своих же политических, национальных и других пристрастий. Самарянин помог иудею, хотя мог бы сказать, что незачем помогать тому, кто меня презирает. Но в страждущем он увидел не чужого и чуждого человека или даже противника, а прежде всего человека. Во-вторых, врач должен быть готов к оказанию медицинской помощи в самых разных обстоятельствах. Самарянин пожалел человека. Но не только в сердце своем пожалел его и посочувствовал ему, но и не остановился на одном этом сочувствии. Он немедленно приступил к делу, к оказанию реальной, практической помощи, перевязал ему раны (Лк. 10,34). В-третьих, в своем отношении к больному врач должен быть способен к самоотверженности, к отказу от удобств и покоя ради помощи больному. Самарянин лишил себя того, в чем нуждался сам, ибо в этом больше нуждался ближний - всадив же его <иудея. - И. С.> на свой скот (Лк. 10,34; церковносл. пер.), самарянин шел пешком. В-четвертых, врач должен бороться за жизнь человека до конца. Самарянин не ограничился одномоментной помощью, но позаботился о страдающем человеке до его полного выздоровления. Перечисленные особенности, свойственные человеку “по доброте душевной”, в профессиональной врачебной этике превращаются в моральную основу врачевания - в принцип справедливости. Он объединяет такие нравственные начала, как самоотверженность, независимость, сострадание, милосердие, и потому максимально соответствует и способствует реализации исходной и конечной цели врачевания - исцелению человека. Таким образом, врач не только может быть склонен к справедливости, он должен уметь предпочесть справедливость как моральный профессиональный принцип всем другим соображениям. Медицина располагает конкретными знаниями, которые могут послужить средствами достижения различных целей. Иллюстрируя данную ситуацию, И.Кант приводил следующий пример: “Предписания для врача, чтобы основательно вылечить пациента, и для отравителя, чтобы его наверняка убить, равноценны”[25]. Этот кантовский воображаемый пример в 1981г. 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 осуществления функций палача”[26] и должна последовательно соответствовать цели врачевания - “врачи призваны сохранять жизнь”[27]. Согласно второй позиции, “умение любить больного”

складывается не только из компонента “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 и явились результатом выявления фундаментальных потребностей человеческого общества. Они противостоят, в форме специальной профессиональной морали, многообразию частных, ситуативных интересов. Компонент “кантианства”, присущий 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 встающий 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 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 все актуальнее в связи с устойчивой демографической тенденцией старения населения. Так, например, согласно данным социомедицинского исследования ВОЗ - “Престарелые в одиннадцати странах”, проведенного между 1950-м и 1970 гг., количество европейцев, достигших 60 лет, увеличилось более чем на 30%. Представители ВОЗ предполагали, что между 1980-м и 2000 гг. 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 будет еще динамичнее. “Все это ставит население Европы, - делают вывод специалисты, - перед различными социальными проблемами не только в области охраны здоровья, но и в экономической сфере, и в ряде других областей общественной жизни”[28]. Неудивительно, что в современной социологии все чаще используется термин социальные паразиты, фиксирующий те слои населения, которые не входят в пирамиду профессий: это - старики, школьники, домохозяйки и т.п. Такая оценка распространилась, например, в итальянской социологии. Под влиянием подобных исследований для многих практически целесообразной и оправданной будет выглядеть своеобразная медицинская коррекция (хотя бы 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 целесообразности по тем или иным причинам убивали своих стариков. Во-вторых, как свидетельствует роман Ф.Достоевского “Преступление и наказание”, “практический интерес” героя к “злой и больной” старушке тысячью нитей связан с современной культурой, обнаруживая это в своей страшной “цене” и в своих трагических последствиях. 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 не давших 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"[30]. Можно ли считать морально оправданным использование этих категорий людей в качестве потенциальных доноров или в качестве испытуемых? Практические интересы подобного использования чрезвычайно значимы для врача-исследователя и практика, а шансы получения "ожидаемых человечеством" результатов - велики при наличии такого "экспериментального материала". Врач должен понимать, что для него опасность стать исполнителем этих "интересов" тоже велика, как, впрочем, велика и постоянно сопровождающая его 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: в V-IV вв. до Рождества Христова[31]. Среди них - новозаветная заповедь, которая призывает не делать другим того, чего себе не хотите (Деян.15,29). 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"[32]. Именно И.Кант ставит 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. 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 узников. 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 становится социальным фактором для утверждения моральных оснований врачевания. Врач, который вовлекается в описанные отношения между людьми, выступает как независимая третья сторона. В этом качестве он наделяется обществом особыми правами и полномочиями. Это - право регистрации фактов пыток и право превращения этих фактов в достояние административно ответственных лиц, общественности и международного сообщества. В 1975г. ВМА 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"[33]. Особенностью "Этического кодекса российского врача", принятого Ассоциацией врачей России (Москва;1994), является четко проводимая установка на то, что справедливость по отношению к пациенту есть одна из основных моральных обязанностей врача. В ст.5 "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”[34]. В этих документах идея справедливости приобретает легальную форму. И это свидетельствует о том, 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 <курсив мой. - И.С.>, имеющего различные степени и формы своего применения, но всегда заключающего в себе идею справедливости”[35].

- [1] См.: История философии: Запад - Россия - Восток: В 4 кн. М., 1999. Кн. 4: Философия XX в. / Под. ред. И. Мотрошиловой и А. Руткевича. С. 427.
- [2] См.: Платон. Законы. С. 92-93.
- [3] Аристотель. Большая этика // Соч. Т. 4. С. 324.
- [4] См.: Платон. Государство // Соч. Т. 3. Ч. 1. С. 106-107.
- [5] Платон. Горгий // Соч. Т. 1. С. 308.
- [6] Цит. по: Справедливость и демократия в контексте диалога культур // Вопросы философии. 1996. №3. С. 146-147.
- [7] Там же. С. 144.
- [8] Маркс К. и Энгельс Ф. Соч.: В 50 т. 2-е изд. М., 1961. Т. 20. С. 637.
- [9] См.: Страхование здоровья за рубежом: проблемы, опыт, перспективы. М., 1992. С. 26-27.
- [10] Цит. по: О вере и нравственности по учению Православной Церкви. С. 326.
- [11] Цит. по: О Боге, человеке и мире... С. 10.
- [12] Христианство: Энциклопедический словарь. Т. 2. С. 157.
- [13] Богоявленский Н. Древнерусское врачевание в XI-{VII}в.: Источники для изучения истории русской медицины. М., 1960. С.31.
- [14] Дробницкий О. Проблемы нравственности. М., 1977. С. 94.
- [15] Лисицин Ю., Стародубов В., Гришин В. И др. Медицинское страхование. М., 1994. С. 19-20.
- [16] Лисицин Ю., Изуткин А., Матюшин И. Медицина и гуманизм. М., 1984. С. 134-135.
- [17] Там же. С. 135
- [18] Правовые основы здравоохранения в России. С. 159.
- [19] Лисицин Ю., Стародубов В., Гришин В. И др. Медицинское страхование. С. 6.
- [20] Шейман И. Бюджетно-страховая система здравоохранения. Можайск, 1993. С. 19.
- [21] Ницше Ф. Сумерки идолов... С. 611.
- [22] Леви. В. И.А. Кассирский о врачевании // Вопросы философии. 1971. №1. С. 153.
- [23] См.: Барсов М. Сборник статей по истолковательному и назидательному чтению Четвероевангелия: В 2 т. Симбирск, 1890. Т. 2. С. 105-108.
- [24] См.: Мак-Дермот В. Медицина - общественное и личное благо // Всемирный форум здравоохранения. 1982. Т. 1. С. 130.
- [25] Кант И. Основы метафизики нравственности. С. 253.
- [26] Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы... С. 18.
- [27] Там же.
- [28] Этика, гуманизм и охрана здоровья: Реферативный сборник. М., 1985. С. 31.
- [29] Там же. С. 132.
- [30] Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы... С. 81.
- [31] См.: Гусейнов А. Социальная природа нравственности. М., 1994. С. 71.
- [32] Кант И. Основы метафизики нравственности. С. 260.

[33] Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы... С. 16.

[34] Там же. С. 9.

[35] Соловьев В. Оправдание добра. С. 189.

Заключение. “Врач! Исцели самого себя!”

Врач! Исцели самого себя! (ср.: Лк. 4, 23) - это присловие издревле означало одно из основных условий доверия врачу. М. Хайдеггер в сер. XX в. говорил о “безрелигиозности” как главном признаке современной культуры, ссылаясь при этом на авторитет Ф. Ницше, который еще в кон. XIX в. рассуждал о “смерти Бога”. Но и в кон. XX в. в России авторитетные исследователи призывали нас к тому, чтобы “осознать, что мы вступили в постхристианскую эру (курсив мой. - И. С.) и переживаем процесс, обратный тому, который переживало человечество при вхождении христианства в историю”[1]. Как сказывается “постхристианство” на врачевании? Можно ли доверять биомедицинской деятельности, руководимой и вдохновляемой постхристианскими “стандартами” и “ценностями”? Есть ли таковые и вообще насколько точно понятие “постхристианская эра”? В Ив. по Р.Х. христианство вошло в историю. Но это вхождение так изменило культуру, что с тех пор вне христианства она не может быть понята “в ее существе и смысле”. Практически в одно время с М.Хайдеггером протоиер. В.Зеньковский писал: “Не следует забывать, что европейская культура, при всей сложности своего состава, была и остается доньше христианской <курсив мой. - И.С.> культурой - по своим основным задачам и замыслам, по своему типу: из христианства она преимущественно выросла, его упованиями и идеалами она питалась, в христианстве обрела она свои духовные силы и от него взяла любовь к свободе, чувство ценности личности”[2]. Даже само умаление роли христианства в современной культуре фиксируется понятиями, христианством порожденными, с ним связанными и им определяемыми, как-то: безрелигиозная культура, постхристианская эра и т.п. В то же время нельзя утверждать, что за понятием постхристианская эра нет никакой реальности. Напротив, это - та “сложность состава”, которая “была и остается доньше” свойственной культуре. Современная ситуация - это не “постхристианство”, а вновь или “вечно” возвращающееся противостояние христианства и язычества. Из этого противостояния христианство на протяжении всей своей истории никогда не выходило. Не раз в истории европейской культуры это противостояние принимало предельные формы: в I-III вв., в эпоху Реформации, во время Второй мировой войны и т.д. Близка к такому пределу и современная культура. Особенно ярко это проявляется в утонченной неязыческой форме “спасения” планеты от угрозы демографической катастрофы. Хочется отметить, что этот “частный” пример - не частный пример, ибо относится к разряду стержневых. Он обнаруживает, что такое явление, как управление демографическими процессами, столь типичное для “постхристианской эры”, на самом деле имеет обратную силу, а именно ведет к обнаружению непреходящего места и неубывающего смысла христианства. В чем суть демографической проблемы? Прежде всего в том, что численность населения планеты увеличивается. Демографы подсчитали, что в кон. I тысячелетия по Р.Х. численность населения нашей планеты составляла примерно 250-275 млн. человек. В кон. II тысячелетия по Р.Х. она приблизилась к 6 млрд. человек. Причем если в кон. XIX в. численность населения мира составляла 1171 млн. человек, то в 1960г. - уже 3 млрд. человек. В чем причины такой динамики? Ответ прост: это - следствие успехов медицины и политики мира.

Действительно, питаюсь мощным “энергетическим” потенциалом христианских ценностей святости жизни, милосердия, делания добра, - наука, в частности медико-биологическое знание, к

нач. XXв. приходит к ликвидации постоянно угрожавших человечеству факторов риска - эпидемий и инфекционных заболеваний. Достижения медицинской науки резко снижают детскую смертность и приводят к росту продолжительности жизни. Нейтрализация еще одной угрозы человечеству, военной угрозы, - с помощью политических мирных средств урегулирования международных отношений, - второе мощное основание происходящих демографических процессов. Кто станет отрицать значение и важность демографической статистики при выработке стратегии и тактики экономической и социальной политики? Но как велик соблазн, признав это, сделать следующий шаг и выйти на уровень управления демографическими процессами! А если при этом принять известный аргумент языческой культуры, что во всех твоих бедах, в частности в снижении уровня жизни, виноват ближний (его, ближнего, видите ли, “так много” [см.: Аристотель. Политика. 1265b5-10][3]), то выход на этот уровень, уровень управления, получает оправдание - “вольное или невольное”. Пугало “демографической катастрофы” начинает формировать веру в спасительность “рационального планирования рождаемости”. В то же время ученые давно подсчитали, что, учитывая возможные достижения науки и техники, среднюю урожайность сельскохозяйственных культур и научно обоснованные нормы питания, наша планета может прокормить в шесть раз больше людей, чем на ней будет в нач. III тысячелетия. Все сказанное относится в равной мере и к энергетическим ресурсам (по прогнозам ООН)[4]. Дело не в количестве энергии, продовольствия и других благ, а в качестве справедливости распределения, т.е. в мере нравственности человеческих отношений. И стремиться надо к совершенствованию нравственных отношений, а не к созданию программ планирования численности населения по регионам, с помощью которых можно выйти на существенное снижение рождаемости. Но этот “голос жизни” заглушает “какофония выживания”. Многие “не слышат”, не различают еще ее основной “темы”. Многие еще воспринимают происходящее под благозвучие речей о благосостоянии страждущего человечества, не чувствуя фальши в идее “искусственного отбора”. Тем не менее очевидна связь идеи “искусственного отбора” с идеей “смерти Бога”. Именно эти идеи задают “тональность” всем “новым” биомедицинским технологиям. Медицинская генетика просчитывает и выявляет человеческую неполноценность; искусственное оплодотворение “работает” с генетически отобранным материалом; критерием “отбора” в трансплантации становится “перспективность” пациента в самом широком смысле; понятие медицинское планирование семьи означает - контрацепцию, аборт, стерилизацию. Новая медицинская практика ставит культуру перед фактом целесообразности введения новых критериев смерти для человека с бьющимся сердцем, новых прав человека на “легкую и достойную” смерть и т.д. и т.п. В демографической “калькуляции” люди, точнее, их количество и качество становятся основным средством расчета параметров выживания цивилизации. Но если официальная медицина все-таки “невольно” подчинена логике “выживания” (она, как правило, “не ведает, что творит”), то сатанинские секты вольны в своем и им нечего скрывать. “Спаси планету-убей себя!” - основной “догмат” “Церкви эвтаназии”, явившей себя миру в 1992 г. в Бостоне (США). Основателем/основательницей этой секты стал/стала “транссексуал” Х.Корда. Посетившая его/ее “Информация” предвещала экологическую катастрофу от “непомерной репродуктивной активности человечества”. Отсюда и основная “заповедь”: “Не размножайся”. Определены и пути ко спасению. Это - содомия, аборты, каннибализм и самоубийство. Именно это может-де спасти Землю от катастрофы и восстановить утраченное биологическое равновесие в природе. С точки зрения Корды, содомия должна приобрести статус нормы. Аборты не просто

должны быть абсолютно разрешены, но и должны быть признаны как “морально позитивный акт”. Людоедство ничуть не более непристойнее, чем поедание людьми крупных млекопитающих.

Наконец, право “на достойную смерть” (принцип эвтаназии) должно стать абсолютно легальным и распространяться не только на безнадежных больных, но и на любого нормального человека. “Новое экологическое мышление” исповедуют ок. 100 человек, принадлежащих к центральной церкви в Бостоне, несколько тысяч сторонников на уровне “кибернетической конгрегации” и множество сочувствующих как в самих Штатах, так и за рубежом (Италия, Латвия)[5]. Немного. Но не это главное. Главное - то, что это явление совсем не ново: ведь, по сути, это - “возвращение” языческого культа Молоха (кон. I тысячелетия до Р.Х.), ритуал поклонения которому заключался в принесении человеческих жертв, особенно детей, и в кастрации. Движения, подобные “Церкви эвтаназии”, - это новые и чрезвычайно яркие “одежды” старой логики противостояния Жизни и Смерти, а вовсе не признак “постхристианства”, т.е. якобы выхода христианства из истории. И чем откровеннее это противостояние, тем более оснований для нашего выбора. Ибо к каждому из нас как бы вновь и вновь обращаются слова: Вот, я сегодня предложил тебе жизнь и добро, смерть и зло... Избери жизнь, дабы жил ты и потомство твое (Втор.30,15,19). Только избрав жизнь (ср.:Втор.30,19) и *исцелив самого себя* (ср.:Лк.4,23), врач заслуживает доверия людей, вручающих ему здоровье и жизнь.

[1] Гальцева Р. Христианство... С. 3.

[2] Зеньковский В., протоиер. Автономия и теономия. С. 36.

[3] См.: Аристотель. Политика. С. 416-417.

[4] См.: Шнейдерман Н. Социология и жизнь... С. 12.

[5] См.: Эвнебах А. Радикальная экология // Независимая газета. 1996. 20 сентября.