

*А.Н. Бартко, Е.П. Михаловска-Карлова*

## **БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА: ТЕОРИЯ, ПРИНЦИПЫ И ПРОБЛЕМЫ.**

### **ЧАСТЬ 2.**

## **ПРИНЦИПЫ И ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕ- МЫ БИОМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ.**

УДК 614.253 (075.8)

ББК 87.75

Б 26

Рецензенты:

доктор философских наук,  
профессор Пастушный С.А.

чл.-корр РАМН, академик РАЕН

доктор медицинских наук,  
профессор И.Н. Денисов

чл.-корр. РАМН,

академик Нью-Йоркской Академии наук

доктор медицинских наук,

профессор Карлов В.А.

**Б 26 Бартко А.Н., Михаловска-Карлова Е.П. БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА:  
ТЕОРИЯ, ПРИНЦИПЫ И ПРОБЛЕМЫ.**

Ч. 2. Принципы и основные проблемы биомедицинской этики. – М.: ММСИ,  
1999. –275с.

Вторая часть книги «Биомедицинская этика: теория, принципы и пробле-  
мы» касается основных принципов и наиболее фундаментальных и актуаль-  
ных проблем биомедицинской этики. В первом разделе рассматриваются  
принципы биомедицинской этики, в том числе принципы уважения автоно-

мии личности, милосердия и «не навреди», справедливости, конфиденциальности и правдивости. Особое внимание уделяется принципу автономии и его медицинскому варианту - принципу информированного согласия. Излагаются модели отношения врач-пациент; к традиционным четырем моделям добавлена пятая – договорная. Во втором разделе обсуждается проблема определения смерти; на основе классических случаев систематически обсуждаются основные проблемы, связанные с этикой поддерживающего жизнь лечения, этикой самоубийства, вопросом о смерти с участием врача. В третьем разделе рассматриваются этические проблемы аборта. В пятом разделе впервые в нашей литературе освещаются основные проблемы стоматологической этики.

ББК 87.75

ЛР № 040369

от 3 марта 1992 г. Изд. Код. Л.96(03)

ISBN 5-89062-005-3

© Бартко А.Н., 1999

© Михаловска-Карлова Е.П., 1999

© Российская академия естественных наук

© Московский медицинский стоматологический ин-т

## СОДЕРЖАНИЕ.

<b>СОДЕРЖАНИЕ</b> .....	<b>2</b>
<b>ВВЕДЕНИЕ: МОРАЛЬНЫЕ РАЗНОГЛАСИЯ И МОРАЛЬНАЯ АРГУМЕНТАЦИЯ</b> .....	<b>6</b>
<i>Моральный плюрализм</i> .....	6
<i>Моральная истина</i> .....	7
<i>Мировоззрения и моральные проблемы</i> .....	8
<i>Интуиция и моральная рефлексия</i> .....	9
<i>Разграничение моральных проблем</i> .....	10
Принцип вреда Милля .....	10
Личная жизнь, мораль, государственная политика и юриспруденция.....	11
<b>1. ПРИНЦИПЫ БИМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ. МОРАЛЬНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА ВРАЧЕЙ И ПРАВА ПАЦИЕНТОВ</b> .....	<b>13</b>
Глава 1. Принцип уважения автономии личности .....	14
1.1. <i>Понятие автономии</i> .....	15
1.1.1. Автономия как свобода действия .....	18
1.1.2. Автономия как свобода выбора .....	18
1.1.3. Автономия как способность эффективно обдумать ситуацию .....	19
1.2. <i>Принцип уважения автономии личности</i> .....	22
1.3. <i>Принцип информированного согласия</i> .....	25
1.3.1. Информированное согласие .....	25
1.3.2. Ключевые понятия .....	26
а. Компетентность и понимание. Классификация некомпетентности .....	26
б. Компетентность и свобода .....	29
Ч.2. Принципы и основные проблемы биомедицинской этики .....	2

c. Информация в информированном согласии.....	30
d. Терапевтическая привилегия.....	34
e. Исключения при оказании неотложной помощи.....	35
f. Исключения при оказании несрочной помощи.....	36
g. Согласие детей и подростков.....	37
1.4. Патернализм.....	38
1.4.1. Понятие патернализма.....	38
1.4.2. Патернализм слабый и сильный.....	39
a. Сильный патернализм.....	40
b. Слабый патернализм.....	40
1.4.3. Заместители. Суррогатное решение и его границы.....	43
1.4.4. Право отказаться от лечения.....	43
<i>Резюме</i> .....	44
ГЛАВА 2. ПРИНЦИПЫ МИЛОСЕРДИЯ И "НЕ НАВРЕДИ".....	45
<i>Введение</i> .....	45
2.1. Принцип милосердия.....	47
2.1.1. Понятие и обязательство милосердия, его границы.....	49
a. Метод оценки риска вреда для определения степени обязательства милосердия.....	49
2.2. Принцип "не навреди".....	50
2.2.1. Понятие и обязательство не вредить.....	50
2.2.2. Принцип "двойного эффекта".....	51
2.2.4. Принцип пропорциональности.....	52
2.2.4. Предварительное резюме.....	53
2.3. Обязанность пациента: <i>ординарные и экстраординарные средства поддержания и</i> <i>восстановления здоровья</i> .....	53
2.4. <i>Обязанность врача: принцип медицинских показаний</i> .....	55
2.5. <i>Обязательства заместителей пациента: принцип наилучших интересов пациента</i> .....	58
2.6. <i>Отдельные проблемы</i> .....	60
2.6.1. Проблема качества жизни.....	60
2.6.2. Профессиональная власть и благожелательность.....	61
2.6.3. Конфликты интереса.....	62
ГЛАВА 3. ПРИНЦИП СПРАВЕДЛИВОСТИ.....	63
<i>Введение</i> .....	63
3.1. <i>Справедливость, достоинство, и дефицит</i> .....	63
3.1.1. Дефицит и распределение.....	63
3.1.2. Понятие справедливости.....	65
a. Типы справедливости: относительная и безотносительная справедливость.....	65
b. Принципы справедливости: формальный и материальный.....	66
3.1.3. Социальные приоритеты: макрораспределение.....	67
3.1.4. Микрораспределение: индивидуальное и институциональное рacionamento.....	68
a. Микрораспределение: сортировка раненых или больных и поставщик медицинской услуги.....	69
b. Микрораспределение: институциональная сфера.....	70
c. Экономическое измерение на институциональном уровне.....	71
d. Распределение ресурсов пациентом.....	72
3.2. <i>Макрораспределение: теории и их пределы</i> .....	72
3.2.1. Эгалитарная (уравнительная) справедливость.....	73
3.2.2. Справедливость как право на обладание.....	74
3.2.3. Теория «справедливость как честность».....	75
3.2.4. Утилитаристский смысл справедливости.....	76
3.2.5. Справедливость и потребности.....	77
3.2.6. Теория прав о справедливости.....	78
<i>Резюме</i> .....	79
3.3. <i>Справедливость и здравоохранение</i> .....	79
3.3.1. Дефиниция здоровья и болезни.....	79
3.3.2. Разногласие в определении болезни.....	82
ГЛАВА 4. ПРИНЦИПЫ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ И ПРАВДИВОСТИ.....	82
<i>Введение</i> .....	82
4.1. <i>Принцип сообщения правды</i> .....	83
4.1.1. Ложь.....	83
4.1.2. Право на правду.....	86
4.1.3. Проблема плацебо.....	87
<i>Резюме</i> .....	88
4.2. <i>Принцип конфиденциальности</i> .....	89
<i>Введение</i> .....	89
4.2.1. Понятие и обязательство хранить тайну.....	89
a. Естественный секрет.....	89
b. Обещанный секрет.....	90
c. Профессиональный секрет.....	90

4.2.2. Конфиденциальность и консультация .....	92
4.2.3. Проблема пределов конфиденциальности .....	92
а. Исключения, проистекающие из статутного права .....	93
б. Исключения из решений суда .....	93
с. Исключения, являющиеся результатом исключительных отношений .....	94
ГЛАВА 5. МОДЕЛИ ОТНОШЕНИЯ ВРАЧ-ПАЦИЕНТ .....	95
5.1. Патерналистская (сакральная) модель отношения врач-пациент .....	95
5.2. Техническая модель отношения врач-пациент .....	96
5.3. Коллегиальная модель отношения врач-пациент .....	97
5.4. Контрактная модель отношения врач-пациент .....	97
5.5. Договорная модель отношения врач-пациент .....	98
<b>2. СМЕРТЬ И УМИРАНИЕ .....</b>	<b>100</b>
<i>Введение</i> .....	100
ГЛАВА 6. ДЕФИНИЦИЯ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ СМЕРТИ .....	101
6.1. Проблема определения смерти .....	103
6.1.1. Исторические предпосылки .....	103
6.1.2. Вопросы терминологии .....	106
6.2. Критерии смерти .....	109
6.2.1. Традиционные критерии .....	111
6.2.2. Смерть мозга .....	112
6.2.3. Постоянное бессознательное состояние .....	116
а. Необратимая кома .....	116
б. Постоянное вегетативное состояние .....	116
6.2.4. Вегетативное состояние .....	117
<i>Резюме</i> .....	119
ГЛАВА 7. ЭТИКА ПОДДЕРЖИВАЮЩЕГО ЖИЗНЬ ЛЕЧЕНИЯ .....	120
7.1. Этическая основа для принятия решений о поддерживающем жизнь лечении .....	121
а. Компетентные пациенты .....	121
б. Некомпетентные пациенты .....	122
7.1.1. Ординарное лечение в сравнении с экстраординарным лечением .....	124
7.1.2. Моральность убийства .....	126
7.1.3. Преднамеренное лишение жизни (убийство) в сравнении с предвиденным, но неумышленным лишением жизни .....	128
7.1.4. Убийство и позволение умереть .....	130
7.1.5. Не начало лечения и прекращение лечения .....	132
7.1.6. Снабжение пищей и водой .....	134
7.1.7. Поддерживающее жизнь лечение и самоубийство .....	135
7.2. Классические случаи в этике поддерживающего жизнь лечения: Карен Квинлан и Нэнси Крузан .....	137
7.2.1. Случай Карен Квинлан .....	137
а. Медицинская ситуация: кома Карен Квинлан .....	137
б. Судебное сражение .....	141
Правовая обстановка .....	141
Дело Квинлан в судах .....	142
7.2.2. Случай Крузан: Верховный Суд подтверждает право на смерть .....	146
а. Пациентка: кома Нэнси Крузан .....	146
б. Первое решение Верховного Суда относительно смерти и умирания .....	147
7.3. Этические проблемы .....	149
7.3.1. Сообщение и контроль .....	149
7.3.2. Милосердие .....	151
7.3.3. Пациенты в постоянном вегетативном состоянии: издержки ухода .....	152
7.3.4. Виды Случаев .....	154
7.3.5. «Скользкий склон» .....	155
Вскрытие Карен Квинлан .....	156
ГЛАВА 8. ПРОСЬБЫ О СМЕРТИ .....	156
8.1. История вопроса: перспективы в отношении самоубийства .....	157
8.1.1. Греция и Рим .....	157
8.1.2. Иисус и Августин .....	158
8.1.3. Западные философы .....	161
а. Фома Аквинский .....	161
б. Монтень, Спиноза и Донн .....	161
с. Юм .....	162
d. Кант .....	163
е. Милль .....	163
8.2. Классические случаи в этике самоубийства: Элизабет Боувиа и Ларри Макафи .....	165
8.2.1. Случай Боувиа .....	165

a. Пациент: женщина с церебральным параличом.....	165
b. Юридическое сражение: отказ от питания.....	166
Последствия.....	170
8.2.2. Случай Макафи.....	170
a. Пациент: Квадриплегический мужчина.....	170
b. Судебное дело: качество ухода и право умереть.....	170
Последствия.....	172
8.3. <b>ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ</b> .....	173
8.3.1. Концепция содействия в самоубийстве.....	173
a. Определения.....	173
b. Аргументы за и против содействия в самоубийстве.....	174
c. Замечание о самоубийстве без содействия.....	175
8.3.2. Рациональность и компетентность.....	177
8.3.3. Автономия.....	178
8.3.4. Социальное предубеждение и физическая инвалидность.....	179
ГЛАВА 9. СМЕРТЬ С УЧАСТИЕМ ВРАЧА.....	181
9.1. <i>История вопроса: эвтаназия</i> .....	181
9.1.1. Древняя Греция и Клятва Гиппократов.....	181
9.1.2. Нацисты: принудительная "эвтаназия".....	183
9.1.3. Добровольная эвтаназия в Нидерландах.....	185
9.1.4. «Общество хемлок».....	187
9.1.5. Хосписное движение.....	188
9.2. <i>Доктор Кеворкян и помощь в смерти (содействие в смерти)</i> .....	189
9.3. <i>Этические проблемы</i> .....	192
9.3.1. Автономия пациентов.....	192
9.3.2. Риск ошибки.....	192
9.3.3. Милосердие.....	194
9.3.4. Облегчение боли.....	194
9.3.5. Роль врачей.....	196
a. Врачи как исцелители.....	196
b. Врачи как адвокаты пациента.....	197
9.3.6. Активная эвтаназия в сравнении с пассивной эвтаназией.....	198
9.3.7. "Скользкий склон".....	200
<b>3. НАЧАЛО ЖИЗНИ</b> .....	<b>203</b>
ГЛАВА 10. ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ АБОРТА.....	203
<i>Введение</i> .....	203
Этика и религия.....	204
Право и этика.....	205
10.1. <i>ИСТОРИЯ ВОПРОСА: ПЕРСПЕКТИВЫ ПО АБОРТУ</i> .....	205
10.1.1. Краткий исторический обзор.....	205
10.1.2. Современные события.....	208
10.2. <i>Определение и виды аборта</i> .....	211
10.3. <i>Моральный статус плода</i> .....	212
10.3.1. Пределы рационального аргумента.....	213
10.3.2. Требования защиты маргинализированных.....	214
Резюме.....	216
10.4. <i>Права беременных женщин</i> .....	216
10.4.1. Беременная женщина и аборт.....	217
10.4.2. Мотивы аборта.....	218
10.4.3. Медицинский аборт.....	219
10.4.4. Немедицинские аборты.....	220
10.4.5. Социальная поддержка и проблема аборта.....	222
10.4.6. Этика и трагедия.....	223
10.5. <i>Аборт и поставщик медицинской услуги</i> .....	224
Введение.....	224
10.5.1. Аборт и персональная этика.....	225
10.5.2. Аборт и институциональная политика.....	225
10.5.3. Немедицинский аборт.....	226
10.5.4. Принуждение и аборт.....	227
<b>4. СТОМАТОЛОГИЯ</b> .....	<b>229</b>
ГЛАВА 11. СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЭТИКА.....	229
11.1. <i>Стоматология как профессия и профессиональные обязательства</i> .....	229
11.1.1. Центральные ценности стоматологической практики.....	229
11.2. <i>Проблемы и темы в стоматологической этике</i> .....	232
11.2.1. Главный клиент.....	232
11.2.2. Идеальное взаимоотношение между профессионалом и пациентом.....	232

11.2.3. Иерархия центральных ценностей .....	233
11. 2.4. Компетентность .....	234
11.2.5. Убыток и относительная приоритетность благополучия пациента.....	234
11.2.6. Отношения с другими представителями профессии. ....	235
11.2.7. Отношения между стоматологами и более широким сообществом.....	236
11.2.8. Организованная стоматология.....	236
<b>УКАЗАТЕЛЬ. ....</b>	<b>237</b>

## **ВВЕДЕНИЕ: МОРАЛЬНЫЕ РАЗНОГЛАСИЯ И МОРАЛЬНАЯ АРГУМЕНТАЦИЯ.**

Как читатель увидит, содержание книги касается проблем, которые непосредственно включают в себя моральные разногласия: то есть, противоречивые стандарты морали и противоречивые суждения по специфическим проблемам. Например, одни люди убеждены, что мораль основана на неизменяющихся стандартах, которые даются ей Богом, другие считают, что моральные правила изменчивы. Опосредованно, эти проблемы также включают общие философские вопросы относительно морали: На чем основывается мораль? Есть ли такая вещь как моральная «истина»? Если существуют различные стандарты, по которым оценивается проблема, как мы способны совместно существовать?

Когда разумные люди должны обсудить моральные конфликты и общие вопросы морали, философская рефлексия иногда может помочь. Например, мы можем задать вопрос (как задает вопрос Сократ в диалоге «Евтифрон») зависит ли мораль от бога или богов, или она может существовать независимо. Если мы верим, что мораль зависит от божества, мы должны тогда продолжить задавать вопросы, чтобы установить, как мы знаем, что любое специфическое моральное правило является божественной волей. Если мы обращаемся к такому источнику как Библия, мы должны спросить, какое из различных толкований мы выберем, и как мы оправдаем этот выбор. Чтобы участвовать в таком этическом рассуждении, полезно рассмотреть несколько концепций.

### **Моральный плюрализм.**

Одно общее «решение» морального конфликта состоит в том, чтобы просто признать, что в повседневной жизни существует некоторое моральное разно-

образии. Эту идею иногда называют *моральным плюрализмом* или просто *плюрализмом*.

Моральный плюрализм имеет ряд преимуществ, чтобы его рекомендовать. Во-первых, когда мы принимаем во внимание, что, например, в мире существуют несколько мировых религий, каждая с миллиардами сторонников, немногие из нас будут настолько самонадеянными, чтобы утверждать, что только наша собственная религия является истинной. Религия, конечно, является лишь одним примером такого разногласия; имеется множество других, включая проблемы, обсуждаемые в этой книге: смерть и умирание; искусственное оплодотворение и рождение; экспериментирование; индивидуальное благо в сравнении с общественным. Во-вторых, даже если бы мы испытывали уверенность в том, что наши собственные убеждения или суждения по таким проблемам являются наилучшими, бесспорным является тот факт, что другие люди не будут полностью согласными с нами. Поэтому, публично занятая позиция полной уверенности в наших собственных идеях, может выставить нас в глазах других людей высокомерными, предубежденными и консервативными. Моральный плюрализм, с другой стороны, позволяет нам демонстрировать ценность наших идей; он дает нам также возможность увидеть все ценное в идеях других людей.

## Моральная истина.

Плюрализм поднимает вопрос, существует ли «истина» в этике. Частично, этот вопрос имеет отношение к ограничениям моральной аргументации в этике. Хотя «моральная истина» является довольно трудным понятием и не является предметом этой книги, сказать кое-что об этом будет полезно.

Среди моральных философов существует значительное разногласие по вопросу, есть ли вообще какая-либо истина в этике. *Моральные скептики* полагают, что объективная моральная истина просто не возможна. Противоположной этой является позиция, что моральное утверждение может быть истинным. **Этические теории**, которые утверждают, что **моральные утверждения могут быть истинными (или ложными) некоторым объективным способом**, включают в себя **когнитивизм, реализм, и натурализм**. В этих теориях, однако, *моральная истина не обязательно характеризуется в соответствии с всеобщим согласием*. Иными словами, согласно этой второй позиции, не обязательно придерживаться предпосылки: «если утверждение является моральной истиной, каждый согласится с ним». (Эта идея действительно не является потрясающей, имея в виду, что в науке также есть истины, которые известны только маленькому кругу очень образованной элиты.) Древние греки, например, развили *натуралистическую этическую теорию*, которая получила название **доктрины морального совершенствования**. Согласно этой теории, люди не всегда будут согласными с моральными ис-

тинами, потому что некоторые люди являются более знающими или более чувствительными, чем другие.

## **Мировоззрения и моральные проблемы.**

Мировоззрение – всесторонняя концепция жизни. Мировоззрения включают всеобщие философии жизни типа религий, политические теории подобно марксизму или феминизму, психологические теории подобно фрейдизму или бихевиоризму и определенные этические теории подобно утилитаризму или кантианству. Весьма распространено мнение, что мировоззрение даст ответы на все моральные проблемы, но это – не обязательно верно.

Для начала, многие люди убеждены, что нет какого-либо одного «мировоззрения» типа этической теории, которое могло бы быть настолько всесторонним, чтобы охватывать сложную действительность современной моральной жизни. Тем не менее, на практике, мы способны найти малые крупинки истины, даже не имея истинного мировоззрения или полностью удовлетворительной этической теории. Если бы мы отказались действовать без моральной уверенности, мы были бы парализованы в своих действиях. В действительности, в течение нашей жизни мы формулируем моральные суждения так, как мы можем, когда мы принимаем решения и сталкиваемся с кризисами: когда мы женимся, рождаем, растим детей и хороним наших умерших близких.

Также, следует иметь в виду, что большинство из нас достигает взрослого состояния не с каким-то «чистым» мировоззрением, а фактически унаследовало частицы и части различных мировоззрений из других культур, взгляды, которые, возможно, были изменены или отвергнуты большими плюралистическими обществами.

И при этом это не обязательно плохо, что мы не имеем одного всеобъемлющего мировоззрения, потому что большинство таких мировоззрений являются упрощенными и косными. Хорошие суждения в биоэтике требуют знания сложных концепций, общих фактов и специфических особенностей каждого случая, а также способности и готовности уравнивать различные ценности. Навязывание одного безусловного мировоззрения при решении проблемы в биоэтике нарушало бы права тех, кто вовлечен в нее, и поэтому приведет ко многим нежелательным последствиям.

Точно так же не обязательно плохо, что мы не можем дать один монистический ответ на вопрос «Что делает поступок правильным?»: люди и их жизнь могут быть более сложными, чем допустили бы монистические ответы на такие вопросы. Понимание различных аспектов нескольких мировоззрений дает нам больше гибкости, чтобы адаптироваться к изменяющимся ситуациям в современном мире. Принятие многих этических теорий дает нам



разнообразные интуиции в моральных проблемах, не ограничивая нас одним косным взглядом.

## **Интуиция и моральная рефлексия.**

Предположим, что мы мыслим в терминах морального плюрализма, понимаем, что моральная «истина» (если она вообще существует) не может предполагать всеобщее согласие, и признаем, что для большинства людей «мировоззрение» не может разрешать всех моральных проблем. Тогда, каким образом возможна аргументация в обычной морали?

Ответ, как было предложено выше, является практическим. Нам вовсе не нужно договариваться обо всем и со всеми, договариваясь об одной отдельной вещи. Мы можем брать по одному определенные случаи; в пределах каждого случая, мы можем брать по одному определенные аргументы; и в пределах каждого аргумента, мы можем иногда даже брать по одной определенные предпосылки.

В этике базисные, основные убеждения называют интуициями. Все мы носим интуиции внутри нас, а они исходят из многих источников, включая наши собственные чувства. Этическая аргументация должна всегда где-нибудь начинаться и интуиции часто являются нашим основанием для принятия предпосылок, или отказа от них, в моральной аргументации; иногда сами наши интуиции могут служить в качестве предпосылок в такой аргументации. Некоторые из наших интуиций «гармонируют», когда они не противоречат, но некоторые противоречат друг другу. Мы всегда должны знать, что наши интуиции значат, как они могут противоречить другим интуициям, как они сравниваются с известными фактами и как они сравниваются с взглядами людей, которых мы уважаем.

В сущности, в «понимании» этих аспектов наших интуиций и состоит моральная рефлексия. Моральная рефлексия, таким образом, состоит в том, что позволяет нам принимать или отвергать каждую предпосылку аргумента; в том, что позволяет нам найти хороший ответ в специфическом случае. Мы не должны удивляться, если предпосылки, которые мы принимаем или отвергаем, и решения, которые мы принимаем в специфических случаях, изменяются, поскольку мы получаем больше знания и опыта в жизни. И мы не должны удивляться, если некоторые из наших решений изменяются в результате самого процесса моральной рефлексии.

Моральная рефлексия – постепенный процесс и это как раз не нравится тем фанатикам, кто нетерпелив в отношении морального прогресса и желает быстро преобразить человечество, пытаясь принуждать к моральному согласию. Но, задавая ограничения на наши возможности в этической аргументации, мы не можем иметь другого выбора, чем принять этот постепенный процесс. Даже если мы признаем моральный плюрализм, даже если мы не

можем открыть всю моральную «истину» и даже если мы не можем разработать одно мировоззрение или совершенную этическую теорию, мы все еще нуждаемся в правилах, по которым будем жить. Мы все еще должны жить с людьми, которые имеют другие идеи, не думая о них как о злых или внушающих страх людях, и не прибегая к насилию для разрешения наших разногласий.

## **Разграничение моральных проблем.**

### ***Принцип вреда Милля.***

Политический философ девятнадцатого века Джон Стюарт Милль в 1859 году написал трактат «О свободе». Эта классическая работа содержит замечательный анализ различия между частной жизнью и общественной моралью – анализ, основанный на концепции «вреда».

Милль полагал, что цивилизованное общество должно содействовать распространению некоторых идеалов и препятствовать некоторым порокам. Он также полагал, что общество может делать это, предоставляя индивидуумам сферу частного убеждения и действия, свободного от вмешательства со стороны правительства. Милль понимал, что власть государства может быть опасной, когда используется против индивидуума, и считал, что правительствам и их агентам – как, например, полиции – нужно запретить вмешиваться в частную жизнь. В равной степени, он полагал, что следует препятствовать тому, чтобы большинство становилось тираническим: нужно запретить ему, навязывать свои социальные или религиозные убеждения инакомыслящему меньшинству.

Где должна быть проведена граница между частной жизнью и общественной моралью? Эмпирическое правило Милля называют «принципом вреда». Согласно этому принципу, частная жизнь охватывает те действия совершеннолетнего человека (или совершеннолетних людей друг с другом), которые являются исключительно личными, и которые не подвергают других людей риску причинения вреда.

В частной жизни, как определено этим принципом вреда, не должно иметь места никакого вмешательства со стороны правительства – даже для собственного блага человека. Примером может служить определенная форма сексуальной активности между двумя совершеннолетними по взаимному согласию: даже если другие люди считали бы ее «безнравственной», для Милля она не была бы «моральным вопросом», если бы не затрагивала кого-нибудь еще.

## ***Личная жизнь, мораль, государственная политика и юриспруденция.***

Основываясь на данной работе Милля, мы будем проводить различие между четырьмя сферами: (1) личной жизнью, (2) моралью, (3) государственной политикой (публичным порядком), (4) юриспруденцией.

Проблемы личной жизни (первая сфера) являются исключительно частными и не затрагивают кого-либо еще.

Когда затрагивается кто-либо еще, проблемы перемещаются из персонального пространства во вторую сферу, область морали.

Когда общество пытается содействовать некоторым ценностям, признавая, в то же самое время, личное несогласие индивидуумов с этими ценностями, проблемы перемещаются в третью сферу, государственную политику. Действия в области государственной политики – подобно действиям в области морали – затрагивают интересы других людей. Однако «негативные» действия в этой сфере не обязательно считаются «аморальными»; точно так же, если бы некоторое «положительное» действие поощрялось государственной политикой, не совершение этого действия не считалось бы «аморальным». В качестве примера, рассмотрим алкоголь. Хотя общество имеет тенденцию препятствовать употреблению алкоголя (например, налогообложением) и регулировать его (алкогольные напитки нельзя продавать несовершеннолетним), люди могут, в общем, употреблять спиртные напитки без того, чтобы их считали «безнравственными». В качестве другого примера, возьмем усыновление. Общество хотело бы, чтобы совершеннолетние люди усыновляли нуждающихся детей (и может пытаться налоговым стимулированием поощрять усыновление), но никто не думает, что для бездетной пары «аморально» не усыновить младенца.

Когда общество решает поощрять одни действия и препятствовать некоторым другим, не допуская индивидуального несогласия, проблемы перемещаются в четвертую сферу, сферу юриспруденции. В этой сфере некоторые действия (например, уплата налогов) обязываются, а другие (воровство и убийство) запрещаются. Упущение юридически обязательного действия или совершение юридически запрещенного действия наказуемо силой государства. Вообще, чем более вредным считают действие, тем более вероятно, что оно должно относиться к юридической сфере.

Действие этих различий должно ограничить область морали с двух сторон: во-первых, выделяя личную (частную) жизнь; и, во-вторых, позволяя обществу поощрять и препятствовать поведению без явной моральной оценки. В итоге, тогда:

- **Личная жизнь:** Касается действий, которые являются сугубо частными и не затрагивают другого человека (или людей).
- **Мораль:** Касается межличностного поведения – ситуаций, в которых действия одного человека затрагивают других людей.
- **Государственная политика (публичный порядок):** С одной стороны, касается действий, которые затрагивают других людей негативно, но

которые общество допускает, хотя оно пытается препятствовать таким действиям (например, образованием). С другой стороны, касается действий, которые затрагивают других людей положительно и которые общество пытается поощрять (например, посредством стимулов).

- **Юриспруденция:** Касается позитивных действий, которые, в соответствии с законом, являются обязательными; и негативные действия, которые, в соответствии с законом, являются запрещенными. Наказания (например, штрафы и лишения свободы) налагаются на упущения обязательных действий или выполнения запрещенных действий.

Вот некоторые дополнительные примеры: курение – личная проблема; курение в комнате вашего ребенка – моральная проблема; большое обложение налогом табачных изделий – проблема государственной политики; запрещение продажи сигарет несовершеннолетним – юридическая проблема. Итак, согласно этим различиям, не каждая проблема является моральной.

Следует предположить, хотя мы будем пользоваться этими различиями, они не будут признаваться в некоторых других оценочных структурах или «мировоззрениях». Восточное Православие, например, запрещает использование противозачаточных средств супружескими парами. Римский Католицизм также запрещает использование противозачаточных средств супружескими парами (позиция, подтвержденная римским папой в 1993). Существуют различные причины для такого разногласия. В некоторых мировоззрениях, все в жизни может пониматься как моральная проблема: то есть, «личная» сфера – это всегда «моральная» сфера. Другие структуры могут проводить различие между «личными» и «моральными» проблемами, но будут приходить к другим выводам в отношении того, что фактически относится к каждой сфере; например, не только вред другим, но также и «вред себе» – это вопрос морали. С точки зрения другого мировоззрения, просто нет такой вещи как «вред самому себе», отличной от вреда другим, что, когда мы причиняем вред самому себе, мы также в некотором смысле вредим другим.

# 1. ПРИНЦИПЫ БИОМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ. МОРАЛЬНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА ВРАЧЕЙ И ПРАВА ПАЦИЕНТОВ.

Принятие морального решения всегда является трудным и напряжённым делом. Абстрактные обсуждения проблем никогда полностью не устраняют чувства нерешительности и неуверенности в себе, которые мы испытываем, когда вынуждены решать, что следует делать, или оценивать правильность того или иного поступка. Нет механических приёмов или алгоритмов, которые мы можем применять в ситуации морального сомнения. Нет компьютерных программ, которые бы снабдили нас правильными решениями, при наличии соответствующих данных.

Мы полагаемся на самих себя, в буквальном смысле, когда приступаем к принятию этических решений. Это не означает вовсе, что мы не имеем средств и должны решать машинально, или даже наивно. Когда мы имеем избыток времени или когда нет необходимости срочно принимать решение, тогда мы можем найти ответ на моральный вопрос, полагаясь на общую этическую теорию. Однако в повседневной жизни мы редко имеем благоприятную возможность или время заниматься тщательным обдумыванием аргументации и анализом.

Более практичным подходом представляется использование моральных принципов, которые были выведены и обоснованы этической теорией. Такой принцип, как "Избегай причинять излишний вред", может служить в качестве более непосредственного принципа действия и принятия решения, чем, скажем, категорический императив Канта. Руководствуясь таким принципом, мы ясно представляем себе, что если мы действуем как врачи, тогда наш моральный долг – использовать наши знания и умения так, чтобы предохранить наших пациентов от причинения вреда. Например, мы не должны подвергать пациента бесполезному риску диагностического теста, который не обещает дать полезную информацию.

*В этом разделе мы представим и разъясним ряд этических принципов и правил, а также вытекающие из них основные моральные обязательства врачей и других профессионалов здравоохранения, и права пациентов. Все эти этические принципы и правила имеют непосредственное отношение к проблемам, связанным с решениями относительно медицинского обслуживания и проведения биомедицинского исследования. Эти принципы имеют свои ограничения. Начнём с того, что они не имеют абсолютного значения.*

Появляются моральные проблемы (даже в контексте медицины), в отношении которых они не могут обеспечить прямого руководства. В других ситуациях, принципы сами могут вступать в противоречие и приводить к несовместимым решениям. (Каким образом можем мы избежать причинения вреда и позволить умереть смертельно больному пациенту?). Сами принципы не указывают способа, разрешения подобных конфликтов, так как они, даже взятые вместе, не составляют логически последовательную моральную теорию. Чтобы разрешить конфликты, быть может, необходимо использовать общие принципы этической теории.

Справедливости ради следует сказать, что каждая из рассмотренных в первой части теорий подтверждает легитимность этих принципов. Не все, правда, формулировали бы их одинаковым образом и не все придавали бы им одинаковый моральный вес. Тем не менее, любая теория принимает их в качестве подходящих установок для принятия моральных решений.

Действительно, лучший способ их понимания, так это представить в качестве руководящих принципов. Они не находятся в том же отношении, что и правила, которые могут автоматически применяться. Скорее, они выражают стандарты, которые принимают во внимание, когда пытаются принять обоснованное решение. Как таковые, они дают основу для оценки поведения и политики, а так же для принятия индивидуальных моральных решений. Они помогают получить гарантию, что наши решения были приняты в соответствии с принципами, а не по нашей прихоти или согласно предвзятым мнениям. Следуя им, более вероятно, что мы придём к решению, которое было бы обоснованным, последовательным и применимым к подобным случаям.

Биомедицинская этика включает в себя определение обязательств с точки зрения цели медицинской профессии, а также общей и специальной практической роли врача и других профессионалов здравоохранения. Эти цель и роль являются результатом соглашения между профессией, пациентами и обществом. Участие общества в этом определении находится под влиянием философии, религии, истории конкретного общества, одним словом, всей культуры.

## ГЛАВА 1. ПРИНЦИП УВАЖЕНИЯ АВТОНОМИИ ЛИЧНОСТИ.

Разные философы полагают, что мораль предполагает автономную личность. Их философии часто бывают непохожими, потому что они отбирают разные темы из семейства идей, связанных с автономией. Наличие таких разнообразных и, временами, не сочетаемых мнений, побуждает нас рассмотреть по-

нятие автономии до того, как описывать этический принцип уважения автономии личности и его значение для биомедицинской этики.

### 1.1. Понятие автономии.

Автономия суть термин, производный от греческих слов *autos* ("сам") и *nomos* ("обычай", "правление" или "закон"). Его впервые стали использовать, подразумевая самоуправление, в греческих полисах, где граждане сами принимали свои законы. Термин "автономия" с тех пор употребляется, чтобы указывать на ряд понятий, включая: *самоуправление, право на основные свободы, право на невмешательство, право на индивидуальный выбор, право на свободу следовать согласно своей собственной воле и бытность самим собой.*

В дискуссиях по этике, автономию обычно определяют как самоуправление или самоопределение (свободное волеизъявление). Люди поступают автономно, когда они, а не другие, принимают решения, влияющие на их жизнь, и действуют на основе этих решений.

Мы действуем автономно, когда наши действия – результат нашего обдумывания и выбора. Быть автономным, значит быть самоопределяемым. Следовательно, автономия нарушается, когда нас принуждают действовать физической силой или явными и неявными угрозами или когда мы действуем, находясь в заблуждении, или под влиянием факторов, которые вредят нашему суждению.

Мы связываем автономию с состоянием, которое мы приписываем рациональным агентам<sup>1</sup> как личностям в моральном смысле. Моральные теории обращаются к идее, что люди – по своей природе уникально компетентные, чтобы решать, что является в их собственных наилучших интересах. Это так, потому что они – цели в себе, а не средства для некоторой другой цели. Как таковые, личности имеют неотъемлемую ценность, а не лишь инструментальную ценность. Другие имеют долг признать эту ценность и избегать обращаться с людьми, как если бы они были только инструментами, которые нужно использовать, чтобы достигнуть цели, выбранной кем-то еще. Рассматривать кого-либо, как будто он испытывает недостаток автономии, значит, таким образом, рассматривать его меньше чем как личность.

Рассмотрим следующие случаи:

---

<sup>1</sup> Рациональный агент – человеческое существо, способное принимать решения и быть ответственным за собственные действия. Таким образом, человек – это живой агент, наделенный способностью принимать решения, делать выбор и быть креативным. См.: Райкрофт Ч. Критический словарь психоанализа / Пер. с англ. – СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 1995. – С. 2, 181.

1) Государство решает требовать, чтобы все поведенческие врачи (то есть все, кто используют методики психологического кондиционирования<sup>2</sup>, чтобы изменять модели поведения) были или имеющими лицензию психологами или психиатрами.

2) Член секты Свидетелей Иеговы, которая оппозиционно настроена в отношении переливания крови и продуктов крови, отказывается соглашаться на необходимую аппендэктомию. Но когда его аппендикс разрывается, и он впадает в бессознательное состояние, хирург-резидент оперирует и спасает его жизнь.

3) Врач решает не сообщать родителям младенца, который умер вскоре после рождения, что причиной смерти был непредсказуемый врожденный дефект, потому что он не желает оказывать влияние на их желание иметь ребенка.

4) Сторож, работающий в начальной школе, консультируется с психиатром, нанятым школьным советом и сообщает ему, что он имеет два случая, когда он приставал к маленьким детям; психиатр решает, что его долг сообщить об этом школьному совету.

5) У шестилетней девочки в школе обнаруживается сильная лихорадка, сопровождаемая интенсивной рвотой и конвульсиями. Ребенка быстро доставляют в близлежащую больницу. Лечащий врач ставит диагноз менингита и звонит родителям за разрешением начать лечение. Оба родителя – последователи учения "христианская наука", и они настаивают, чтобы их ребенку не предоставляли никакого медицинского лечения. Так или иначе, врач начинает лечение, а родители позже предъявляют иск врачу и больнице.

6) Тридцатилетняя женщина, которая находится на двадцать четвертой неделе беременности, вовлечена в автомобильную катастрофу, которая оставляет ее с повреждением спинного мозга. Ее врач сообщает ей, что она имела бы больше шансов восстановления (выздоровления), не имея, она беременности. Тогда она просит искусственного прекращения беременности. Больница не соглашается с ее решением и получает распоряжение суда, запрещающее аборт.

Возможно, во всех этих случаях присутствует не одна моральная проблема. Скорее, имеется комплекс связанных проблем. Каждый случай включает действие от лица кого-то еще – другого индивидуума, широкой публики, или специальной группы. И каждое действие входит в конфликт с автономией, пожеланиями, или ожиданиями некоторого человека или группы людей. Все эти случаи можно рассматривать как случаи, включающие нарушения автономии индивидуумов.

1) законы, требующие лицензию, чтобы проводить лечение, ограничивают действия индивидуумов, которые не приобретают квалификацию для лицензии;

2) свидетелю Иеговы дается кровь, которую он не желает;

---

<sup>2</sup> Психологическое кондиционирование – выработка у больного неврозом стойких условных рефлексов, способствующих восстановлению адекватного поведения.



3) информация, решающая для принятия решения, утаивается от родителей ребенка с генетической болезнью, так что их будущее решение не может быть правильно информированным;

4) нарушая конфиденциальность, психиатр узурпирует прерогативу сторожа сохранить секретную информацию, которая может навредить ему;

5) проведением лечения девочки с менингитом, врач нарушает вообще признанное право родителей принимать решения относительно благополучия их ребенка;

6) отказом в просьбе женщины об аборте, больница и суд вынуждает ее оставаться беременной против ее желания.

Высокая ценность, которую мы придаем автономии, основана на понимании, что без нее мы можем делать очень немного в нашей жизни. В ее отсутствие, мы станем творениями других людей, и наши жизни примут формы, которые они выберут для нас. Без того, чтобы быть способными действовать способами, которые создают нашу собственную судьбу, преследуя наши цели и, принимая наши собственные решения, мы не реализуем потенциал, который мы имеем как рациональные агенты. Автономия дает нам благоприятную возможность творить самих себя; даже если мы неудовлетворенны результатом, мы имеем удовлетворение от осознания, что ошибки были наши собственные. Мы, по крайней мере, действовали как рациональные агенты.

Одна из традиционных проблем социальной организации – структурировать общество таким способом, чтобы автономия индивидуумов сохранялась бы и поддерживалась. Однако, автономия – вовсе не абсолютная или безусловная ценность, но только одна среди многих других. Например, немногие желали бы жить в обществе, в котором Вы могли бы делать то, что Вы хотите, только если бы Вы имели физическую силу, чтобы получить желаемое. Так как осуществление автономии одного человека, вероятно, войдет в конфликт с осуществлением автономии другого, мы желаем принимать некоторые ограничения, чтобы сохранить так много из нашей собственной свободы насколько это возможно. Мы оцениваем нашу собственную безопасность, возможность выполнить наши планы в мире, жизни других рациональных существ и, возможно, даже их благополучие.

Оттого что автономия настолько базисная для нас, мы обычно рассматриваем ее как не требующую какого-либо оправдания. Однако, это предрасположение в пользу автономии означает, что для того, чтобы нарушить чью-то автономию, чтобы пренебречь пожеланиями человека и сделать бессильной его способность к действию, требуется, чтобы мы предоставили сильное оправдание. Были предложены разные принципы, чтобы оправдать условия, которые дают нам право на ограничение автономии.

Эта общая характеристика требует пояснений, поскольку автономия является сложным понятием.

Некоторые специалисты в области биомедицинской этики (например, Mappes и Zembaty) проводят концептуальное различие нескольких смыслов автономии. Так, проводят различие между **автономией как свободой действия**, **автономией как свободой выбора** и **автономией как способно-**

**стью эффективно обдумать ситуацию**<sup>3</sup>. Это делается для того, чтобы внести ясность в некоторые проблемы, возникающие по поводу обоснованности нарушений или ограничений индивидуальной автономии. Краткое обсуждение этих трёх смыслов автономии поможет нам выделить различные способы, какими поступок, логическое размышление или выбор могут быть менее чем полностью автономными.

### **1.1.1. Автономия как свобода действия.**

*Когда автономия отождествляется со свободой действия, ее, прежде всего, описывают, противопоставляя принуждению. Принуждение всегда предполагает умышленное применение силы или угрозу причинения вреда. "Цель принуждения – заставить человеческую личность быть вынужденной, делать что-либо, что она, в противном случае, не пожелала бы делать"*<sup>4</sup>.

*"Явное" принуждение предполагает применение физической силы. "Диспозициональное" принуждение предполагает угрозу причинить вред. Беспринципный медик-исследователь, например, мог в буквальном смысле слова заставить отдельных людей участвовать в качестве объектов исследований, как это делали в нацистской Германии. Это явное принуждение. Но исследователь мог бы также добиться желательного участия, угрожая сопротивляющемуся пациенту причинить некоторый вред, как, например, отменить лечение, которое необходимо для исцеления пациента. Это диспозициональное принуждение. Кроме того, касаясь угрозы навредить, люди могут принуждать других людей прямо или принятием законов, которые угрожают им принести вред. Например, врач удерживается от выполнения некоторых поздних абортос посредством законов, которые угрожают причинить вред (в виде наказания) тем, кто делает такие операции.*

### **1.1.2. Автономия как свобода выбора.**

Предположим, некая женщина, тщательно взвесив все альтернативы, решает, что аборт является лучшим решением в её положении. Если она очень бедна, а общественные фонды, чтобы оплатить аборт, не ожидаются, она не свободна, поступать в соответствии со своим решением. Заметим, что *отсутствием свободы она не обязана принуждению. Тем не менее, её автономия ограничена, потому что круг её выборов суживается.*

То же самое верно и относительно ослабленного, смертельно больного пациента, который желает ускорить процесс умирания, но быть может, не способен осуществить это, потому что его физическая слабость делает невозможными какие-либо действия. Если другие не склонны, помочь ему, ускорив смерть, *свобода выбора пациента ограничивается.*

<sup>3</sup> Biomedical ethics / Ed. by Mappes Th.A., Zembaty J.S. - 2d ed. - N.Y. etc.: McGraw-Hill, 1986.- P. 26-29.

<sup>4</sup> Biomedical ethics / Ed. by Mappes Th.A., Zembaty J.S. - 2d ed. - N.Y. etc.: McGraw-Hill, 1986. - P. 26.

Или рассмотрим случай с пациентом, который не желает участвовать в выборе между альтернативными видами лечения (например, операция в противовес химиотерапии) и просит врача самому сделать выбор, не сообщая ему какие-либо детали относительно возможных рисков и выгод каждого вида лечения. Если врач не соглашается с просьбой и настаивает на предоставлении необходимой информации, свобода действия пациента не стесняется принуждением. Тем не менее, *свобода выбора пациента ограничивается в виду того, что способ, каким его будут лечить, не находится в соответствии с выбором, которому он отдаёт предпочтение.*

### **1.1.3. Автономия как способность эффективно обдумать ситуацию.**

Оценки ограничений, налагаемых на автономию, представленные в обсуждении *автономии как свободы действия* и *автономии как свободы выбора*, сосредоточиваются на *факторах*, которые являются *внешними для рационального агента действия*. Первая концентрирует внимание на принуждении, применяемом к личности другими, прямо или косвенно. Вторая сосредоточивается на отсутствии выборов, которые человек мог бы делать.

*Автономия как способность эффективно обдумать ситуацию*, сосредоточивается на внутренних состояниях рационального агента действия и связанных с ними внутренних ограничениях.

В большинстве дискуссий в биомедицинской этике, автономию тесно связывают с рациональностью.

Автономная личность характеризуется как личность, которая способна принимать рациональные и свободные решения и в соответствии с ними действовать.

Индивидуальная личность осуществляет автономию в этом смысле, когда она действует без принуждения на основе рациональных и свободных решений. Критерии рациональности и её ограничения здесь представляются центральными. При каких условиях личности, их решения и действия являются свободными? Чтобы ответить на этот вопрос, необходимо обсудить понятие автономии и те ограничения, которым она подвергается в процессе принятия решения рациональным агентом действия. Для этого надо провести различие между двумя смыслами рациональности.

Согласно **первому смыслу рациональности**, отдельные личности должным образом характеризуются как рациональные, когда они "**способны выбрать наилучшие средства для некоторой избранной цели**"<sup>5</sup>.

В этом значении рациональности, например, любая женщина в современном обществе, не пользующаяся контрацептивами во время половых сношений, потому что верит, что амулет, который она носит, предохранит её от беременности, поступает *нерационально*. Быть рациональным в этом смысле,

---

<sup>5</sup> Biomedical ethics / Ed. by Mappes Th.A., Zembaty J.S. - 2d ed. - N.Y. etc.: McGraw-Hill, 1986. - P. 27.

означает также способность отсрочить немедленное удовлетворение, когда такая отсрочка необходима для того, чтобы добиться избранных целей.

**Второй смысл рациональности** предполагает "**выбор целей**"<sup>6</sup>, а не средств к этим целям. Все мыслящие существа имеют конечные цели, или цели, добиваться которых, как они убеждены, в их интересах. Способность выбрать и идентифицировать подходящие цели и интересы, составляет важнейший аспект рациональности.

В этом значении рациональности, отдельная личность правильно характеризуется как рациональная, если она в состоянии выбрать подходящие цели, несмотря на то, что считать их подходящей целью, не являлось бы общепринятым.

Человека, который, например, выбирает бесполезные или самоуничтожительные цели, можно назвать нерациональной личностью. Люди, желающие стать самоубийцами, часто характеризуются в этом смысле нерациональными, какими являются мазохисты. Стремящиеся к самоубийству, могли бы иногда быть рациональными в первом смысле, то есть способными выбирать наиболее эффективный и безболезненный способ завершить свои жизни. Однако те, кто полагает, что выбор смерти в качестве цели, всегда является неподходящим, рассматривали бы всех, намеревающихся стать самоубийцами, нерациональными во втором смысле.

Рациональные действия должны основываться на решениях относительно наилучших средств, чтобы соответствующим образом максимизировать избранные цели. Поэтому полностью рациональная личность должна будет иметь ряд способностей:

- 1) способность формулировать подходящие цели, в особенности долгосрочные;
- 2) способность устанавливать приоритеты среди этих целей;
- 3) способность определять наилучшие средства для достижения избранных целей;
- 4) способность эффективно действовать, чтобы осуществить эти цели;
- 5) способность отказаться от выбранных целей или видоизменить их, если последствия применения доступных средств являются нежелательными или если сами средства неадекватны<sup>7</sup>.

Подытоживая обсуждение автономии как способности эффективно обдумать ситуацию, следует сказать, что индивидуальная личность является автономной в этом смысле, только если она обладает необходимыми способностями для эффективного рассуждения и характер, чтобы этими способностями пользоваться.

*Однако эти способности могут ограничиваться во многих отношениях. Даже при их наличии, решения и действия могут быть меньше, чем полностью рациональными.*

---

<sup>6</sup> Ibid., p.28.

<sup>7</sup> Biomedical ethics / Ed. by Mappes Th.A., Zembaty J.S. - 2d ed. - N.Y. etc.: McGraw-Hill, 1986. - P.28.

*Во-первых*, у некоторых людей необходимые способности могут быть вообще недостаточно развитыми или они могут оказаться, даже не в состоянии их развить в достаточной степени. *Во-вторых*, даже люди, которые имеют необходимые способности, могут быть неспособными, в отдельных случаях их проявлять, вследствие разнообразных внутренних факторов. Эмоции, такие как страх, могут сделать невозможным, беспристрастно оценить информацию. А лень может помешать изучить всю необходимую информацию. Наличие боли или употребление лекарственных средств может также отрицательно воздействовать на проявление мыслительных способностей. Следовательно, было бы лучше говорить о *степени рациональности или нерациональности*, так как существует множество факторов, которые могут сделать решения и действия менее чем полностью рациональными.

*Кроме того, автономия как способность эффективно обдумать ситуацию может ограничиваться в отношениях, которые задевают "рациональность" решения.* Отсутствие нужной информации, ложь и обман могут совсем ограничить осуществление способностей, требуемых для рационального обдумывания. Врач, например, может ограничить процесс принятия решения своих пациентов, умышленно утаивая информацию. Пациент, которому говорят только об одном возможном виде терапии и утаивают информацию об альтернативах, не может оценить относительные риски и выгоды всех возможных терапий относительно долговременных целей. В этой ситуации "выбор" терапии пациентом, рекомендованный врачом, является менее чем полностью автономным. Хотя выбор мог бы быть рациональным, потому что процесс обдумывания пациента был логичным и поскольку он может быть действительно в лучших интересах последнего в свете долговременных целей. Но в той мере, в какой процесс принятия решения пациентом, ограничивается отсутствием информации, пациент не свободен, эффективно проявлять свою автономию.

**В итоге**, чтобы быть полностью автономным человек должен обладать характеристиками, необходимыми для эффективного обдумывания и быть свободным от внешних ограничений в проявлении этих способностей; он также не должен быть ни принуждаемым другими, ни имеющим пространства выборов, ограниченного ими.

Автономия личности может нарушаться, ограничиваться или незаконно присваиваться другими многими способами, включая принуждение, обман, ложь, не обеспечение необходимой информацией и ограничение пространства выборов индивидуальной личности, например, отказываясь действовать в соответствии с её ясно выраженными желаниями. Она может ослабляться под влиянием внутренних факторов, таких как сильные эмоции, отсутствие соответствующих способностей, нервное возбуждение, компульсивность и сильная боль. *Уважать автономию других, значит относиться к ним как к личностям, имеющим необходимые способности, чтобы принимать самостоятельные решения.* Автономные личности способны определять свои

собственные интересы и делать собственные осознанные выборы в отношении наилучших средств. Всякий раз, когда один индивид каким-либо образом ограничивает способность другого индивида эффективно проанализировать интересующую его ситуацию или сужает диапазон стратегий его поведения, он нарушает принцип автономии личности последнего.

## 1.2. Принцип уважения автономии личности.

Быть автономным и автономно осуществлять выбор, не есть то же самое, что и быть уважаемым в качестве автономного действующего лица. Чтобы уважать автономное действующее лицо, необходимо в первую очередь признавать способности и перспективу этой личности, включая её право придерживаться убеждений, делать выборы и совершать действия, основанные на личных ценностях и убеждениях. Но **уважение предполагает больше, чем просто занять такую позицию. Оно предполагает так относиться к действующим лицам, чтобы позволять или создавать им условия, действовать автономно.** То есть действительное уважение содержит действие в соответствии с уважением, а не просто принятие определённого отношения.

Исторически, такое уважение связывалось с идеей, что личности имеют ценность независимо от особых обстоятельств. Два философа, которые сформулировали современное понимание уважения автономии, были рассмотрены в первой части: *Иммануил Кант (деонтологист)* и *Джон Стюарт Милль (утилитарист)*.

Во многих своих сочинениях Кант утверждал, что уважение автономии проистекает из признания того, что все люди имеют безусловное достоинство. Он был убеждён, что каждый человек обладает способностью и правом определять свою собственную судьбу<sup>8</sup>. Нарушать автономию человека, значит относиться к нему только как к средству, рассматривать его в соответствии со своими собственными целями. Не признавать цели и обдуманное суждение этого лица или ограничивать его свободу, действовать согласно этим целям и суждениям, значит не уважать его автономию.

Милль больше заботился об автономии (или, как он предпочитал говорить, индивидуальности) действия и мысли. Он утверждал, что социальный контроль над индивидуальными действиями является законным только в том случае, если необходимо предотвратить вред другим людям. Гражданам следует позволить развивать их потенциал соответственно их личным взглядам, пока они не мешают равному выражению свободы другими. Милль полагал, что личность с настоящим характером (нравом) является человеком *подлинной индивидуальности*, тогда как человек "без характера" находится под

---

<sup>8</sup> Кант И. Основы метафизики нравственности; Метафизика нравов. Часть 2. Метафизические начала учения о добродетели. В кн.: Кант И. Критика практического разума. - С.-П.: Наука, 1995.

деспотическим, контролирующим влиянием церкви, государства, родителей и семьи<sup>9</sup>.

Сомнительно, чтобы утилитаристская теория, которая следует Миллю, и деонтологическая теория в кантианской традиции, требовали бы различных образов действия. Хотя точка зрения Милля наиболее явно требует вмешательства в автономное выражение, а точка зрения Канта возлагает категорический императив, чтобы формулировать определённые отношения уважения, в конечном счёте, к этим двум совершенно разным философиям можно обращаться в поддержку того, что мы будем называть **принципом уважения автономии личности**.

Этот принцип в его негативной форме можно сформулировать следующим образом: **автономные действия не должны подвергаться контролирующим ограничениям**<sup>10</sup>.

Другие авторы определяют его по-другому: **"Ни один человек, именно как человеческая личность, не имеет права и не должен иметь власти над другим человеком"**<sup>11</sup>. Это значит, что индивидуальные личности не будут принуждать других или ограничивать их действия, или навязывать им свою волю. Данный принцип обеспечивает оправдательный базис для права принимать автономные решения. Последнее, в свою очередь, принимает форму определённых, связанных с автономией прав, таких как **право на свободу и право на невмешательство**.

Принцип уважения автономии следует трактовать как широкий, абстрактный принцип независимо от ограничительных или исключаящих условий; таких как "Мы должны уважать взгляды и права индивидуальных лиц, пока их намерения и действия не причиняют серьёзный вред другим людям". Как и все моральные принципы, этот принцип имеет только *prima facie*<sup>12</sup> значение. Он заявляет **право на невмешательство** и, соответственно, обязательство не ограничивать автономные действия. Поэтому всегда остаётся открытым вопрос, какие ограничения могут быть законно установлены на выборы, совершаемые пациентами, или на объекты выборов, когда эти выборы вступают в противоречие с другими ценностями. Если выборы ставят под угрозу общественное здоровье, потенциально наносят ущерб плоду или предполагают редкое средство, за которое пациент не может заплатить, тогда, может быть, оправданно строго ограничить проявление автономии; возможно, даже посредством государственного вмешательства. *Если ограничение оправдано, обоснование должно опираться на какой-нибудь конкурирующий моральный принцип*, такой как **милосердие** или **справедливость**.

<sup>9</sup> Mill J.S. Utilitarianism, On Liberty, and Essays on Mill. / Ed. with intro. By Mary Warnock. - N.Y.: New American Library, 1974. - P.136-138, 184-189. (Милль Дж. С. Утилитарианизм. - Спб., 1900; Милль Дж. С. О свободе. - Спб., 1906).

<sup>10</sup> Beauchamp T.L., Childress J.F. Principles of biomedical ethics. - 3d ed. - N.Y.: Oxford Univ. Press, 1994. - P.72.

<sup>11</sup> Garrett Th.M., Baillie H.W., Garrett R.M. Health care ethics: Principles and problems. - 2nd ed. - Englewood Cliffs (N.J.): Prentice Hall, 1993. - P.28.

<sup>12</sup> *prima facie* – при прочих равных условиях.

Этот принцип не устанавливает, что, в конечном счёте, человек должен беспрепятственно знать или делать, или что следует считать законным оправданием для ограничения автономии.

Например, пациент с неоперабельной, неизлечимой карциномой спрашивает: "У меня рак?", а врач ему отвечает: "Ваши дела обстоят также хорошо, какими они были десять лет назад".

Поскольку эта ложь лишает пациента информации, которой он может нуждаться, чтобы определить свой будущий образ действия, она нарушает принцип уважения автономии личности. Однако может быть, (но здесь мы не излагаем ни собственного убеждения, ни общераспространённого мнения), что, в конечном счёте, ложь оправдывается принципом милосердия.

До сих пор, наше рассмотрение принципа уважения автономии концентрировалось, в первую очередь, на **негативной характерной черте**: *избегать контролирующих ограничений, включая ложь и принуждение*.

Однако принцип имеет так же и ясные **позитивные значения**, когда применяется к определённым типам отношений.

В области биомедицинского исследования и в здравоохранении он порождает **позитивную и утвердительную обязанность уважительного обращения, раскрывая информацию и благоприятствуя автономному принятию решения**.

Нет общей обязанности, требующей раскрывать информацию другим, даже если имеется общее обязательство не лгать им. Но врачи, другие профессионалы здравоохранения и исследователи не имеют права делать что-либо пациентам и объектам исследования без их согласия, а право соглашаться или отказываться основывается на принципе уважения автономии личности. Чтобы служить для профессионалов действительным разрешением к действию, согласие пациента и объекта исследования должно основываться на понимании и быть добровольным. Вследствие неравного распределения знания между профессионалами, с одной стороны, и пациентами, с другой стороны, из принципа уважения автономии следует, что профессионалы имеют prima facie обязательства сообщать информацию, обеспечивать понимание и добровольность и благоприятствовать принятию адекватного решения.

Так как уважение свободы и права на невмешательство, укоренено, в конечном счёте, в достоинстве каждой индивидуальной личности, принцип уважения автономии также обязывает к уважению даже тех людей, которые не способны в данный момент на свободный выбор. Одним словом, люди не теряют достоинство, потому что они находятся в бессознательном состоянии или в коме, или вне контакта с реальностью. Даже если с такими людьми связаны особые практические трудности, их следует уважать. Достоинство не зависит от способности человека функционировать в специфической окружающей обстановке; скорее, окружение должно приспособливаться к возможностям индивидуальной личности, как в случае предоставления подходящего заместителя для некомпетентного пациента.



Специализированное знание, даже лицензия на практику, не уполномочивает профессионалов контролировать какие-либо аспекты жизни других индивидуальных лиц или ограничивать их свободу. Хотя и верно, что профессионалы могут иметь большое влияние на решения, принимаемые индивидуальными лицами или за них, (например, врач, предлагающий совет), воздействие, оказываемое советом специалиста, не является тем же самым, что и власть решать за другого человека. Общество может разрешать такую власть профессионалам, но только изредка и, как правило, под судебным надзором.

Это, затем, вынуждает нас формулировать **медицинский вариант принципа уважения автономии личности**, который принимает вид **принципа информированного согласия**.

### 1.3. Принцип информированного согласия.

Формулировка принципа автономии применительно к здравоохранению может быть выражена следующим образом:

Вы не должны лечить пациента без информированного согласия пациента или его законного заместителя, кроме как в точно определённых чрезвычайных обстоятельствах<sup>13</sup>.

Этот принцип поясняет смысл уважения личности и её свободы в контексте здравоохранения. Он не только требует предотвращать медицинскую тиранию и оберегать свободу, но также поощряет рациональное решение, принимаемое пациентом, который, в конечном счете, должен жить с последствиями медицинского лечения или отсутствия такового. *В праве* этот принцип связывают с *правом на невмешательство* и с *законом об оскорблении действием*, который запрещает не только нежелательные контакты, но даже ожидание нежелательного контакта. В праве, как в этике, *информированное согласие является решающей концепцией в медицинской практике*.

#### 1.3.1. Информированное согласие.

Концепция информированного согласия – относительно новая в медицинской этике (это в первую очередь касается отечественной этики). Действительно, много профессионалов здравоохранения старшего поколения находят её странной, так как их традиция обязывала не к информированию пациента, а к утаиванию от него реального положения дел. Они стремятся не получать согласие пациентов, а управлять ими. Гиппократ нашёл бы концепцию информированного согласия очень странной, так как он полагал, что большинство

---

<sup>13</sup> Garrett Th.M., Baillie H.W., Garrett R.M. Health care ethics: Principles and problems. - 2nd ed. - Englewood Cliffs (N.J.): Prentice Hall, 1993. - P.29.

обстоятельств, связанных с болезнью, следует скрывать от пациентов, и что в особенности пациентам нельзя ничего сообщать по поводу их настоящего или будущего состояния.

Великий греческий врач явно не верил в то, что он нуждается в согласии пациента. Те, кто пользуется *сакральной* (или *патерналистской*) моделью врача, будут ещё иметь тенденцию рассматривать отношение к пациенту в патерналистском духе. Те, кто следует *коллегиальной модели*, и видят в пациенте полноправного партнёра в процессе исцеления, понимают, что информированное согласие является не только этической необходимостью, но и необходимым компонентом медицинского обслуживания. Согласно *контрактной модели*, информированное согласие является актом, которым контракт точно определяется.

Независимо от позиции профессионала здравоохранения, закон в Российской Федерации<sup>14</sup> настоятельно требует информированного согласия, в особенности для инвазивных процедур, таких как процедуры, предусматриваемые в хирургии, или терапии с предполагаемыми значительными рисками.

### **1.3.2. Ключевые понятия.**

Для информированного согласия пациента или его законного заместителя должны присутствовать следующие условия: (1) Пациент, или соответствующий заместитель, должен быть компетентным, или быть способным принимать решение, – то есть, иметь способность понимать последствия согласия и быть свободным от принуждения и чрезмерного влияния, которое существенно уменьшило бы свободу; (2) профессионал здравоохранения, в пределах требований его особой роли, обязан предоставить необходимую информацию и удостовериться в том, что она была понята.

Вообще, если любое из этих условий отсутствует, в таком случае нет согласия информированного пациента и, таким образом, нет разрешения, или санкционирования, на лечение. Иногда, прежде чем можно лечить пациента, требуется разрешение суда. Необходимо подчеркнуть, что профессионал здравоохранения не имеет права лечить пациента, который является некомпетентным, потому что он находится в бессознательном состоянии или в состоянии опьянения, или является в сильной степени умственно отсталым. Требуется разрешение, основанное на информированном согласии. Если нет разрешения – это большей частью, означает, что профессионал здравоохранения не может действовать.

*а. Компетентность и понимание. Классификация некомпетентности.*

**Под компетентностью** обычно понимают способность выполнять определённую задачу. В контексте **биомедицинской этики**, под **компетент-**

---

<sup>14</sup> Статья 32 "Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан" (принята ВС РФ 22 июля 1993 г.). Статья 11 Закона РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании" (принят ВС РФ " июля 1992 г.).

**ностью мы подразумеваем способность, делать выборы, основанные на понимании релевантных последствий этого выбора для себя или других.**

Говоря о компетентности больного, или способности принимать решения, оба термина часто используют как взаимозаменяемые. Однако *компетентность* может также относиться к правовому стандарту относительно психического здоровья личности. *Способность принимать решение* означает умение прийти к конкретному решению и не рассматривается как правовой стандарт. Мы будем использовать термин "**компетентность**" в значении способности принимать решение.

Оценка компетентности является оценкой способности личности к пониманию, общению и логическому рассуждению. Больным не следует выносить приговор об отсутствии способности принимать решение в связи с тем, что их решения необоснованны. Люди имеют право принимать решения, которые другие считают неразумными, поскольку их выбор проходит через компетентно обоснованный процесс, и совместим с личными ценностями.

Что касается **стандарта компетентности**, следует отметить, что, к сожалению, другие не могут оценить благополучие пациента. Способность понимать релевантные последствия должна оцениваться скорее здравым смыслом, чем техническим или профессиональным стандартом. Согласно **стандарту здравого смысла**, пациент должен быть способным понимать такие вещи, как факт, что он умрёт или станет больным ещё больше без лечения, или что лечение будет причинять боль и предвещает лишённую активности жизнь в продолжение многих недель. Компетентный пациент не должен оцениваться по его образовательному уровню, ни обязан компетентный пациент понимать всё о состоянии или предлагаемых видах лечения. Часто, даже в высшей степени подготовленный специалист не понимает всего в болезни или лечении. В самом деле, врач может не понимать полностью, каким образом обычное лекарственное средство, как аспирин, действует. Так или иначе, каким точно образом лечить не всегда является в этическом отношении важным, тогда как последствия являются решающими. *Мы говорим в таком случае о реально существующем здравом смысле, а не о совершенном медицинском или научном понимании.*

Компетентный пациент должен понимать последствия своего решения, чтобы принять или отвергнуть определённое лечение. В частности, пациент должен понимать, что он санкционирует лечение. *Воздействие лечения на здоровье пациента, его жизнь, стиль жизни, религиозные убеждения, ценности, семью и общество все суть факторы, имеющие отношение к этическому решению согласиться на или отвергнуть лечение.* Таким образом, пациент должен быть в состоянии понимать последствия в этих важных областях.

Некоторые авторы ставят компетентности такие строгие условия, что если бы их применяли, большинство людей оценивались бы большую часть

времени как некомпетентные лица. Так, Joel Feinberg<sup>15</sup> писал, что для полностью добровольного принятия на себя риска, должны присутствовать спокойствие и осмотрительность, отсутствовать сильные отвлекающие факторы и причиняющие беспокойство эмоции, и нет неправильного понимания или невротической компульсивности. Так, имелись бы, на этот взгляд, менее чем полностью добровольные решения, если вовлечены лекарственные средства или алкоголь. В то время как мы могли бы согласиться с Feinberg в теории, на практике полностью добровольные решения не требуются. Это верно особенно в области медицины, где почти всегда имеются некоторые эмоции, которые нарушают философскую невозмутимость.

Тот факт, что пациент принимает решение вопреки решению, рекомендованному профессионалом здравоохранения, или даже вопреки общепринятым нормам общества, не доказывает, что он является некомпетентным вследствие отсутствия понимания. Пациент может предпочесть испытывать боль от болезни, а не боль от лечения. Пациент может предпочесть умереть, а не подвергать семью мучительной длительной боли, которая оставит их без гроша, а также эмоционально истощёнными. Это важный момент, так как врачи, и другие поставщики медицинских услуг, подобно всем разумным существам, не должны поддаваться искушению, навязывать свои ценности другим. Ещё больше, врач может упустить, что медицинские ценности, и даже ценность здоровья и жизни, не являются единственными имеющими силу ценностями в принятии этического решения. Ни медицинские школы, ни докторальные программы в сестринском деле не удостоверяют личность достаточно мудрой, чтобы принимать решения за других людей касательно относительной ценности таких последствий.

Большая часть из этого чётко резюмировано в следующей формулировке из публикации Американской больничной ассоциации:

Способность к принятию решения есть способность пациента осуществлять выборы, которые отражают обдумывание и правильное понимание природы и последствий своих действий и альтернативных, и оценить их относительно личностных предпочтений и приоритетов. Решение пациента вопреки рекомендации врача не является само по себе показателем его неспособности.<sup>16</sup>

Нет удобных рубрик, которые можно было бы использовать, чтобы классифицировать тех, кто не имеет способности понимать последствия своих решений. Каждый случай следует оценивать индивидуально. Многие дети будут обнаруживать наличие компетентности с этической точки зрения, даже если они не могут быть в правовом отношении компетентными. Кто-то моложе возраста 18-ти лет в большинстве случаев не является в правовом отношении компетентным, но он может вполне быть в этическом отношении компетентным, чтобы оценивать последствия. Люди, которых признали в правовом отношении некомпетентными управлять своими финансовыми де-

---

<sup>15</sup> Feinberg J. "Legal Paternalism", in *Today's Moral Problems* / Ed. by Richard Wasterstrom. - New York: MacMillan, 1975.

<sup>16</sup> American Hospital Association. *Values in Conflict. Resolving Issues in Hospital Care: Report of the Special Committee on Biomedical Ethics*. Chicago: American Medical Association, 1985. – P. 9.

лами или которых принудительно госпитализировали в психиатрическую клинику, могли бы ещё быть в этическом отношении компетентными, принимать решение относительно согласия на лечение. Многие люди, которые были классифицированы как "умственно отсталые", вполне способны к пониманию того, что они будут испытывать боль, если они согласятся на лечение или откажутся от него. Даже люди, которые были признаны на основании закона не способными вести свои финансовые дела или которые принудительно помещены в психиатрические клиники, могут ещё понимать последствия своих медицинских решений. Врачи и другие профессионалы здравоохранения не могут этически лечить таких лиц против их воли, пока суды не назначили опекуна специально для принятия решений о лечении. В этих случаях, разрешение родителя может опротестовать врач, или другой поставщик медицинской услуги, на основании закона, но когда ребёнка оценивают как компетентного, врач, и другие профессионалы здравоохранения, имеют ещё вдобавок этическую проблему и нуждается в информированном согласии.

Люди в бессознательном состоянии являются временно некомпетентными. Люди под влиянием алкоголя или лекарственных средств (наркотиков) могут, в большей или меньшей степени, быть временно некомпетентными. Некоторые пациенты в такой степени постоянно потеряли контакт с реальностью, что они могут быть неспособными к пониманию любых ординарных последствий своих поступков. В общем, тем не менее, *допущение состоит в том, что совершеннолетнее лицо является компетентным, если нет ясного свидетельства его некомпетентности.* Публикация из Американской больницы ассоциации формулирует это очень ясно:

Больницы и профессионалы здравоохранения должны допускать, что совершеннолетние пациенты имеют соответствующую способность для принятия решения, если отсутствуют показатели их неспособности.<sup>17</sup>

Конечно, существуют случаи, в которых личности являются некомпетентными или временно некомпетентными. Обитатели лечебных учреждений для хронических больных, вероятно, являются некомпетентными, хотя они могут иметь моменты ясного сознания или дни, в которые их способность соглашаться или не соглашаться, следует уважать. В целом, однако, такие пациенты нуждаются в заместителях, которые дают за них согласие. Когда нет никого из обычных заместителей, необходимо назначать опекунов. Заместители и опекуны одни могут удовлетворять информированному согласию, но не более широким целям защиты этих пациентов.

### *в. Компетентность и свобода.*

Для компетентности требуется не только способность к пониманию последствий своих решений, но и свободу от принуждения и таких чрезмерных влияний, которые существенно ограничивали бы свободу пациента. Вопрос

---

<sup>17</sup> American Hospital Association. Values in Conflict. Resolving Issues in Hospital Care: Report of the Special Committee on Biomedical Ethics. Chicago: American Medical Association, 1985. – P. 10.

здесь не только о принуждении, чрезмерной манипуляции или обычном убеждении (религиозном), а также о естественных реакциях на болезнь и нормальных условиях здравоохранения. Сильный жар и некоторые лекарственные средства могут временно ослабить способность любого к пониманию чего-либо. Принуждение можно обнаружить в использовании силы или лекарственных средств, которые эквивалентны силе. Они будут лишать законной силы любое согласие.

Более часто, однако, проблемой является не проблема насилия, а чрезмерных влияний. Врачи, которые угрожают пациентам отказом от лечения в будущем, если пациент не согласится здесь и сейчас, виновны не только в шантаже, но и в лишении законной силы полученного согласия. Хотя такие случаи существуют, они не являются широко распространённым источником чрезмерных влияний. Давления семьи могут создавать чрезмерное влияние и существенно уменьшать свободу. Больной человек часто зависит от своей семьи и так восприимчив к их давлению, что он не может представить себя противящимся родственникам. Это давление является особенно большим на детей, которые полностью зависят от своих родителей.

Не только воздействия извне, но и обычные и естественные факторы могут сильно воздействовать на нашу свободу. Все сильные переживания, которые сопровождают серьёзную болезнь или пребывание в больнице, также имеют влияние. Преувеличенные страхи робкого человека и магические надежды отчаянного искажают понимание и воздействуют на компетентность. Кроме того, влияние бессознательного и личных историй индивидуальных лиц также воздействует на процесс принятия решения. Эти факторы, однако, не лишают способности к пониманию последствий своих действий или не создают чрезмерных влияний, или принуждения.

Очевидно, что никто не является всегда полностью свободным. Вопрос, на который профессионал здравоохранения должен ответить, снижают ли существенно какие-либо из этих влияний, внешних или естественных, свободу личности так, что имеет место недостаточная способность к обоснованному согласию.

Конечно, нет простого ответа на этот вопрос. Свидетельство компетентности или некомпетентности, должно достигаться в ходе вдумчивых бесед между врачом и пациентом, когда врач осознаёт и свои собственные пристрастия, и пристрастия пациента. Одним словом, врач обязан уделять время, чтобы узнать пациента и выяснить состояние умственных способностей и понимания пациента. *В отсутствие существенных свидетельств некомпетентности, выборы заслуживают уважения.*

### *с. Информация в информированном согласии.*

Следует отметить в этом контексте, что мы имеем дело с потребностью в ясно выраженном согласии. Простой факт, что пациент обращается за помощью к врачу или посещает больницу не образует ещё во всех случаях даже подразумеваемого согласия. Однако в незначительных делах может присутствовать подразумеваемое согласие, и оно может удовлетворять цели информирован-

ного согласия. Так, пациент, который добровольно обращается в больницу, даёт подразумеваемое согласие на то, чтобы ему измерили температуру и кровяное давление. Так как ничто не находится под угрозой, этого бывает достаточно. Простым фактом посещения больницы пациент не даёт подразумеваемого согласия на инвазивные процедуры, такие как взятие крови или введение клизмы, пусть единственно для операции. Когда предполагается какая-либо реальная опасность или инвазивная процедура, пациенту необходимо знать, что ему предлагают, и какие могут быть последствия. Тогда должно быть дано ясно выраженное согласие. В любом случае, следует неизменно иметь в виду, что даже подразумеваемое согласие может браться обратно. Пациент имеет право отказаться, чтобы ему измеряли кровяное давление, хотя он уже подвергался данной процедуре много раз.

Если пациент должен сделать обдуманый и свободный выбор с полным пониманием его последствий, профессионал здравоохранения, а врач в особенности, должен предоставлять информацию относительно этих последствий. Тип и объём информации, которая даётся, зависит от критериев для её раскрытия. Существует четыре конкурирующих правила, или критериев, для раскрытия информации пациенту: (1) **правило предпочтения пациента**, (2) **правило профессионального обычая**, (3) **правило благоразумной личности** и (4) **правило раскрытия информации важной для конкретного лица**.

(1) **Правило предпочтения пациента** предписывает, чтобы профессионал здравоохранения сообщал пациенту то, что пациент желает знать.

Это правило не имеет большого значения. Некоторые пациенты будут желать намного больше информации, чем они нуждаются, и это может закончиться бесполезной потерей времени. Другие не будут желать информации и, таким образом, будут уклоняться от их собственной обязанности к принятию решений, воздействующих на их здоровье и жизнь. Чаще всего, пациенты не будут даже выражать желания к получению информации. Многие пациенты не знают о том, что они имеют право и обязанность требовать информацию. Независимо от причины отказа пациента от сообщения ему информации, или, по крайней мере, отсутствия требования её, пациенты будут оставаться с недостаточными данными для принятия решения. Одним словом, такое правило не содействует автономии, а также по-настоящему не включает уважительного отношения к пациенту.

Некоторые авторы<sup>18</sup> отстаивают идею, что компетентный пациент может уполномочить врача сделать медицинские выборы относительно специальных видов лечения. Однако это возможно, считают они, лишь при одном условии: *не вызывает сомнения, что пациент только передал своё право делать информированный выбор относительно способа лечения, а не прежде всего в отношении того, будут ли его лечить или нет*. На наш взгляд, это, вообще, освобождает пациента от слишком большой ответственности, но,

---

<sup>18</sup> VanDeVeer D. *Paternalistic Intervention: The Moral Bounds on Benevolence*. - Princeton, NJ: Princeton University Press, 1986.

тем не менее, имеет смысл, когда пациент имеет личную связь с врачом, или другим поставщиком медицинской услуги, который полностью понимает ценности и желания пациента. Если такая связь существует, врач может знать достаточно, чтобы действовать в соответствии с ценностями пациента, а пациент может также иметь достаточно опыта относительно профессионала здравоохранения, чтобы доверять этому человеку. *Эти условия не должны, конечно, предполагаться, а должны устанавливаться.*

**(2) Правило профессионального обычая**, также называемое стандартом профессионального сообщества, гласит, что **профессионал здравоохранения должен говорить пациенту то, что в соответствии со стандартом и обычаем сообщается пациентам в подобных ситуациях.**

В течение долгого времени это правило было действующим правилом. Оно всё ещё является правилом, которое практикуют многие врачи. Есть два главных возражения против правила профессионального обычая. Во-первых, оно предоставляет врачу свободу аннулировать права пациента, прямо скрывая относящуюся к делу информацию. Такое утаивание может быть наихудшим видом манипуляции, хотя бы оно и предназначалось для блага пациента. Действительно, в некоторых случаях оно должно было бы обычно запрещать информацию, которая могла бы побуждать пациента отказаться от лечения. Одно исследование<sup>19</sup> обращает внимание на то, что 50% пациентов отказывались от лечения, если им открывали потенциальные осложнения. Как мы увидим, когда мы будем обсуждать так называемую терапевтическую привилегию, этот мотив к сокрытию информации не является ни этическим, ни законным. Во-вторых, данное исследование показывает, что профессиональный обычай – это миф<sup>20</sup>. Другими словами, нет такой вещи как профессиональный стандарт. Тогда на практике это правило означает, что врач использует своё собственное пристрастие или неосведомлённость в качестве стандарта.

**(3) Правило благоразумной личности**, называемое также стандартом разумного пациента, опирается на допущение, что **раскрытие врачом информации пациенту должно определяться потребностью пациента в информации, имеющей существенное значение в принятии решения отказаться или согласиться на лечение.**

Таким образом, правило будет заставлять профессионала здравоохранения предоставлять информацию, которую благоразумная, рассудительная личность будет желать перед принятием решения о согласии на лечение или отказом от лечения<sup>21</sup>.

<sup>19</sup> Rosoff A. Informed Consent: A Guide for Health Care Providers. - Rockville, MD: Aspen, 1981. - P.326.

<sup>20</sup> Rosoff A. Informed Consent: A Guide for Health Care Providers. - Rockville, MD: Aspen, 1981. - P.313-454.

<sup>21</sup> Meisel A. The Right To Die. - N. Y.: John Wiley and Sons, 1989. - P.27.



На практике, под этим подразумевают обычно то, что содержится шести пунктах, изложенных ниже<sup>22</sup>. Можно добавить ещё и седьмой<sup>23</sup>, так как разумный человек пожелает учесть также и те факторы.

- (1) Диагноз.
- (2) Характер и цель предлагаемого лечения.
- (3) Знать риски и последствия предлагаемого лечения, исключая те возможности, которые являются слишком отдалёнными и маловероятными, чтобы иметь существенное отношение к процессу принятия решения разумной личности, или являются слишком хорошо известными, чтобы их требовалось излагать. Должны быть учтены нормы успеха и неудачи поставщика и учреждения относительно предлагаемых процедур.
- (4) Выгоды, которые ожидаются от предлагаемого лечения, с оценкой вероятности того, что эти выгоды могут быть осуществимы.
- (5) Все альтернативные виды лечения, которые обоснованно могли бы применяться. Всю информацию, упомянутую выше в пунктах 3 и 4, следует давать также относительно альтернатив.
- (6) Предсказание дальнейшего течения болезни, если не проводить лечение.
- (7) Все издержки, включая количество и продолжительность страдания (боли), обычно предполагаемого; потенциальное воздействие на стиль жизни и способность возобновить работу; а также финансовые расходы, связанные с лечением и с реабилитацией. Пациенту следует также сообщить, будет ли страховка покрывать счета.

**(4) Правило раскрытия информации важной для конкретного лица<sup>24</sup> обязывает профессионала здравоохранения изложить пациенту всё, что было бы существенным или важным индивидуальному пациенту, а не просто вымышленному рассудительному и благоразумному человеку, когда он принимает решение. Фактор был бы существенным или важным, если бы он мог изменить решение того индивидуального пациента.**

Это правило учитывает субъективные и объективные факторы, важные для конкретного индивидуального пациента, а не для беспристрастного и благоразумного гипотетического человека. Применение этого правила требует, чтобы врач действительно стремился узнать пациента и выяснить, что является для него важным. Это, в свою очередь, предусматривает реальный диалог между пациентом и профессионалом, или между заместителем и профессионалом.

Мы отдаем предпочтение комбинации правил благоразумной личности и раскрытия существенной информации, потому что вместе они лучше гарантируют, что отдельный пациент будет иметь информацию для благоразумного (правильного) решения с точки зрения пациента.

<sup>22</sup> Rosoff A. Informed Consent: A Guide for Health Care Providers. - Rockville, MD: Aspen, 1981. - P.318.

<sup>23</sup> Garrett Th. M., Baillie H.W., Garrett R.M. Health care ethics: Principles and problems. - 2nd ed. - Englewood Cliffs (N. J.): Prentice Hall, 1993. - P.35.

<sup>24</sup> Faden R. R., Beauchamp T. L. A History and Theory of Informed Consent. - N. Y.: Oxford University Press, 1986.

**Таким образом**, пациента следует информировать обо всех вещах, о которых благоразумная личность желала бы знать, плюс о тех вещах, которые являются важными конкретному индивидуальному пациенту.

Формы согласия, которые используются во многих наших больницах, не предоставляют информацию, которую требует любой из этих принципов.

Так как целью информации является дать возможность пациенту или заместителю делать выборы, основанные на понимании последствий, имеется **обязанность представлять информацию таким образом, чтобы пациент, или его заместитель, понимал последствия.** Одним словом, обязанность получать информированное согласие, перед тем как действовать предполагает обязанность на самом деле сообщить, а не только изложить факты.

Подробного перечисления всех технических деталей и использования технического языка может не только быть недостаточным, чтобы усилить понимание, но может фактически разрушить понимание. Простой факт, что пациент подписал письменную форму согласия, которая свидетельствует о том, что ему сообщили факты, не означает, что он дал информированное согласие. Довольствоваться простым перечислением фактов и подписью формы, значит, делать из пациента посмешище. Даже если закон признаёт такие формы в качестве доказательства информированного согласия, этика требует, чтобы врач, или другой профессионал здравоохранения, удостоверился в том, что пациент понимает последствия с точки зрения обстоятельств, которые являются важными для пациента. Если нет понимания, нет согласия и, следовательно, отсутствует разрешение на действие.

#### *d. Терапевтическая привилегия.*

Врачи долгое время заявляли на право, а закон часто его признавал, на исключение, называемое *терапевтической привилегией*<sup>25</sup>.

«Терапевтическая привилегия есть привилегия умолчания информации от пациента, когда врач убеждён, что раскрытие информации будет иметь вредное действие на состояние пациента или его здоровье»<sup>26</sup>.

Даже те, кто оправдывает привилегию, ограничивают её, предусматривая три условия на её применение. *Во-первых*, реальное использование привилегии должно основываться не на общих местах, но на фактических обстоятельствах индивидуального пациента. *Во-вторых*, врач должен иметь обоснованное убеждение, основанное на личном знании человека, что полное раскрытие информации будет иметь *вредное действие* на пациента. Простой факт, что пациент будет встревожен плохими известиями, не является достаточным оправданием для того, чтобы пользоваться привилегией. *В-третьих*,

<sup>25</sup> Rosovsky F. A. Consent to Treatment: A Practical Guide. - Boston: Brown, Little and Co., 1984. - Pp.98-102.

<sup>26</sup> Garrett Th. M., Baillie H.W., Garrett R.M. Health care ethics: Principles and problems. - 2nd ed. - Englewood Cliffs (N. J.): Prentice Hall, 1993. - P.38.

следует пользоваться разумной осторожностью в способе и степени раскрытия информации. Врач не может быть оправдан в утаивании всей информации. Например, хотя врач и мог бы привести доводы, что даже слово *рак* причинило бы серьёзный вред пациенту и на этом основании обосновывать утаивание диагноза, это не оправдывало бы сокрытие того факта, что лечение было бы в высшей степени болезненным. Те же самые общие принципы применяются ко всем профессионалам здравоохранения, хотя не ясно будет ли закон защищать их.

Согласно Rosovsky<sup>27</sup>, привилегией нельзя на законном основании пользоваться в случае, в котором резонансом для утаивания информации является убеждение в том, что пациент отказался бы от лечения, если бы ему сообщили всю историю. Короче говоря, привилегия не оправдывает отрицание у пациента способности сделать выбор только потому, что некто предполагает, что пациент и его врач могут выбрать по-разному. Rosovsky также указывает, что привилегией нельзя оправдать искажение существенных фактов, обман, или даже умышленный обман. Одно дело умалчивать информацию и совсем другое – вводить в заблуждение пациента. Дополнительно мы обсудим проблему обмана в главе, посвящённой конфиденциальности и сообщению правды.

В то время как терапевтическая привилегия на первый взгляд может казаться достаточно обоснованной, есть две связанные с ней серьёзные проблемы. Прежде всего, тщательные поиски не в состоянии обнаружить случаи, в которых раскрытие информации имеет вредное действие на состояние пациента или его здоровье. Во-вторых, оно отрицает автономию пациента.

#### *е. Исключения при оказании неотложной помощи.*

Обязанность получить информированное согласие, перед тем как приступить к лечению пациента предполагает исключение в чрезвычайных обстоятельствах в его простой формулировке.

Чтобы обоснованно лечить без информированного согласия, когда имеются чрезвычайные обстоятельства, должны присутствовать три условия<sup>28</sup>.

- (1) Пациент должен быть неспособным давать согласие, и нет в наличии законного заместителя, чтобы дать такое согласие.
- (2) Существует угроза для жизни или опасность серьёзного ухудшения здоровья.
- (3) *Безотлагательное* лечение является необходимым, чтобы предотвратить те угрозы.

Представляется целесообразным, имея в виду этическую перспективу, видоизменить первое условие таким образом, чтобы включить слова "*а пожелания пациента не известны*". Это необходимо сделать по той причине, что если пожелания пациента известны (то есть, если прижизненное завещание или ясно выраженное указание существуют заблаговременно), факт некомпетентности не уничтожает пожеланий пациента. И заместитель, и врач

<sup>27</sup> Rosovsky F. A. Consent to Treatment: A Practical Guide. - Boston: Brown, Little and Co., 1984. - P.101.

<sup>28</sup> Rosoff A. Informed Consent: A Guide for Health Care Providers. - Rockville, MD: Aspen, 1981. - P.14.

обязаны следовать этим известным пожеланиям, так как в этом случае они не имеют дело с точно определённым непредвиденным случаем.

Несмотря на то, что заранее подготовленные распоряжения пациентов не признаются повсеместно, они, тем не менее, получают широкую поддержку. Необходимость следовать таким распоряжениям, некоторые авторы<sup>29</sup> основывают на двух идеях. *Во-первых*, профессионалы здравоохранения нуждаются в информированном согласии, чтобы поднять руку на пациента. Это согласие не должно предполагаться, когда пациент заранее дал противоположные указания. *Во-вторых*, необходимость следовать предварительным распоряжениям пациентов основывается также на том, что отношение индивидуального лица к обществу требует принцип, который подчёркивает повсеместное первенство права на самоопределение над покрывающими интересами государства. Исключения к этому общему правилу должны определяться законодательным органом или судами, так как только общество компетентно решать, когда его интересы являются исключительными.

*Нужда в лечении должна быть такой безотлагательной, что даже промедление, чтобы получить согласие или найти заместителя поставило бы под угрозу жизнь пациента*<sup>30</sup>. В большинстве случаев, это условие не будет встречаться.

Внимательный взгляд на эти условия показывает, что большинство посещений больничного кабинета неотложной помощи не предполагают неотложной помощи, которая оправдывает лечение без согласия. Имеется много так называемых чрезвычайных обстоятельств, в которых лечение можно отсрочить (без угрозы для жизни или риска серьёзного ухудшения здоровья) до тех пор, пока человек не придет в себя или пока заместитель не сможет прийти.

Эта точно определённая дефиниция исключения при оказании неотложной помощи оправдывается на том основании, что согласие может надёжно предполагаться в таких случаях, в которых разумная личность, которая, принимая общепринятый общественный взгляд на вещи, дала бы согласие, будучи должным образом информированной. Это есть разумное допущение и, возможно, поддаётся проверке в громадном большинстве чрезвычайных обстоятельств в этом точно определённом смысле.

#### *f. Исключения при оказании несрочной помощи.*

В согласии с тем, что уже было сказано, можно сделать следующие утверждения. Если человек является компетентным и отказывается от лечения, не должно иметь место лечение или в экстренных или не в экстренных обстоятельствах. Если пациент является сомнительно компетентным и отказывается от лечения не в критическом положении, выгода от сомнения идёт пациенту,

<sup>29</sup> Garrett Th. M., Baillie H.W., Garrett R.M. Health care ethics: Principles and problems. - 2nd ed. - Englewood Cliffs (N. J.): Prentice Hall, 1993. - P.39.

<sup>30</sup> Meisel A. The Right To Die. - N. Y.: John Wiley and Sons, 1989. - P.36.

если врач, или другой поставщик медицинских услуг, не добивается и не получает решения суда.

*Проблемы возникают, следовательно, по поводу явно некомпетентных лиц не в экстренных ситуациях.*

Мы должны с самого начала признать, что есть соблазн оправдывать лечение некомпетентных больных. Действительно, порядочный человек, в особенности человек, посвященный в исцеляющие искусства, найдет затруднительным стоять рядом и дать другому человеку страдать, когда можно что-нибудь сделать. Эмоции, кажется, диктуют, чтобы **принцип благожелательности** (милосердия) – **"делай добро"** – получил главенство над принципом автономии и необходимостью получить информированное согласие. Традиционная медицинская этика, основанная на патерналистской (сакральной) модели, определенно отводила первое место благожелательности над автономией. То, что это правильная реакция, не является ясным в юридическом или в этическом отношении. Некоторые судебные органы придерживаются того, что врач может лечить без согласия не только при наличии серьёзной угрозы жизни или здоровью. Это возможно также в случае необходимости снять сильную боль и страдание.<sup>31</sup> Rosovsky, например, утверждает, что "практикующие врачи не могут приступать к лечению, когда пациенты являются недееспособными, но не требуется лечение, сохраняющее жизнь или здоровье".<sup>32</sup> В таком случае, врачи в юридическом отношении обычно поступают на свой собственный риск, когда они лечат некомпетентных или сомнительно компетентных людей не в экстренных ситуациях.

В этическом отношении остаётся спорным, что простой факт возможности принести некоторое благо дает *разрешение* врачу лечить некомпетентное или сомнительно компетентное лицо, когда отсутствует заместитель, чтобы дать согласие или отказаться.

*Позицию авторов* можно сформулировать следующим образом. Как правило, ни один индивидуум не имеет власти над другим. Если врач, или другой профессионал здравоохранения, чувствует, что он должен действовать не в экстренной ситуации, когда (1) *компетентность отсутствует или сомнительна*, или когда (2) *нет высказанного предварительно распоряжения*, необходимо пользоваться судебной системой, чтобы получить опекуна, который может дать согласие. Одним словом, свобода индивидуумов должна иметь защиту надлежащей процедурой и законом даже в обстановке здравоохранения.

### *g. Согласие детей и подростков.*

Прежде всего, следует ясно осознавать, что способность детей и подростков давать согласие, зависит от их фактического и юридического статуса и потребности самого пациента, то есть, серьёзности и природы медицинской проблемы. Кроме того, так как общество не обнаруживает того, чтобы иметь

<sup>31</sup> Rosoff A. Informed Consent: A Guide for Health Care Providers. - Rockville, MD: Aspen, 1981. - P.16.

<sup>32</sup> Rosovsky F. A. Consent to Treatment: A Practical Guide. - Boston: Brown, Little and Co., 1984. - P.90.

единообразной перспективы по данной проблеме, простое разрешение вопроса не представляется возможным. Право, в законодательных актах или в судебных решениях, даёт социальную конкретизацию прав и обязанностей. К сожалению, в случае оказания медицинской помощи детям, право являет собой смесь более ранних теорий, которые отдают предпочтение правам родителей, и более поздних теорий, которые отдают первенство благополучию детей. В настоящее время в судах используются и более современные теории, которые ориентируются на права детей.

В соответствии с ныне действующим в России медицинским законодательством несовершеннолетние лица имеют право на информированное согласие с 15 лет.

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, ... дают их законные представители после сообщения им сведений, предусмотренных частью первой статьи 31 настоящих Основ.<sup>33</sup>

(2) Несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет, ... психиатрическая помощь оказывается по просьбе или с согласия их законных представителей в порядке, предусмотренном настоящим Законом<sup>34</sup>

## 1.4. Патернализм.

**Конфликт между уважением автономии и желанием помочь пациенту приводит нас к проблеме патернализма.** Патернализм происходит тогда, когда одна личность препятствует действию или принятию решения другой личности для блага этой личности. Психиатрическое удержание часто является патерналистским.

### 1.4.1. Понятие патернализма.

Слово "*патернализм*" происходит от латинского слова "*pater*", имеющего значение "*отец*". В его словарном значении, оно указывает на управление, или осуществление контроля над другими, способом, который напоминает отношение отца к своим детям.

*В контексте биомедицинской этики, патернализм подразумевает действие без согласия, или даже вопреки желаниям, запросам или действиям, пациента, с тем, чтобы принести пользу или, по меньшей мере, предотвратить причинение ему вреда. Здесь присутствует два элемента: во-первых, отсутствие согласия или даже не принятие во внимание согласия и, во-вторых, милосердный мотив (благополучие пациента).*

<sup>33</sup> Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. Приняты Верховным Советом Российской Федерации 23 июля 1993 г. Ст.32. – ВВС РФ. 1993. №33.

<sup>34</sup> Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Принят Верховным Советом Российской Федерации 2 июля 1992 г. Ст.4, ч.2. – ВВС РФ. 1992. №33.

Патернализм есть принудительное вмешательство, ограничение или присвоение свободы действия индивидуальной личности, обусловленное единственно заботой о её благе.

Не является патернализмом, когда врач, или другой поставщик медицинской услуги, действует, чтобы препятствовать пациенту, причинить серьёзный вред другим. Это есть, *уполномоченное государством, право осуществлять охрану порядка*, которое санкционируется законом. Так, удержание лица с психиатрическим расстройством не является патерналистским, когда оно удерживается не для его блага, но чтобы защитить других. Как и в случаях патерналистского удержания, принцип милосердия оказывается предпочтительным перед принципом уважения автономии, или является только релевантным принципом (в зависимости от того, есть ли это случай сильного или слабого патернализма). Милосердие в этом случае адресуется не к удерживаемому лицу, а к другим.

Не стоит также вопрос о патернализме, если врач, или другой профессионал здравоохранения, берёт верх над пациентом ради удобства или своей выгоды. Медсестра, которая в желании закончить своё дежурство, проводит болезненную процедуру, прежде чем наркотик оказал действие, не поступает патерналистски. Не является патернализмом в действии, если врач, или другой профессионал здравоохранения, отказывается идти навстречу пожеланиям пациента, потому что эти пожелания противоречат совести или профессиональным стандартам врача. В этом случае, профессионал действует ради своей собственной совести, а не единственно ради благополучия пациента. Во всяком случае, врач, или другой профессионал здравоохранения, не является простым слугой пациента.

Патернализм, следовательно, имеет место тогда, когда врач, или другой профессионал здравоохранения, вмешивается, чтобы предохранить пациента от причинения себе вреда в любом существенном отношении.

Данный патернализм санкционируется законом в случае тех, кто покушается на свою жизнь. Является ли он этичным, зависит не только от факторов, обсуждаемых в этой главе, но и более глубоких проблем жизни и смерти, которые мы будем обсуждать в дальнейшем.

#### **1.4.2. Патернализм слабый и сильный.**

Принято проводить различие между **сильным** (называемым также *расширенным*) патернализмом и **слабым** (или *ограниченным, узким*) патернализмом. В случае **сильного патернализма**, врач, или другой поставщик медицинской услуги, отвергает или не принимает во внимание пожелания компетентного лица. В случае же **слабого патернализма**, согласие отсутствует или врач, или другой профессионал здравоохранения, отвергает или не принимает во внимание пожелания некомпетентного или сомнительно

компетентного пациента. *Слабый патернализм* иногда называют **кооперативным, сотрудничающим патернализмом**, когда одной из его целей является *восстановить компетентность личности, чтобы пациент мог дать информированное согласие*.

*а. Сильный патернализм.*

**"Сильный патернализм включает в себя узурпацию, то есть принудительный захват, права пациента принимать решение"**<sup>35</sup>. Как мы уже отмечали в начале этой главы, даже государство не имеет право господствовать над своими гражданами, исключая случаи, когда необходимо защитить права других или когда имеется преобладающий государственный интерес.

Таким образом, **сильный патернализм включает индивидуума, свободу которого нарушают, хотя этот индивидуум по существу является автономной личностью и, следовательно, компетентным**. Примером, является психиатрическое удержание пациента, который знает, что он страдает от психического расстройства, но отказывается подвергнуться стационарному лечению. Здесь имеет место подлинный конфликт между милосердием и уважением автономии, так как этот пациент способен дать информированное согласие.

На практике, многие государства практикуют патернализм. Строгий патернализм со стороны государства является обоснованным только в том случае, когда он осуществляется в целях содействия существенным интересам государства и защиты прав других.

*б. Слабый патернализм.*

**Слабый патернализм включает индивидуума, свободу которого нарушают, но который не является по существу автономной личностью и, следовательно, не является компетентным**.

Примером является психиатрическое удержание маниакально-депрессивного пациента, вовлекаемого в поведение, потенциально причиняющее вред ему самому, который не в состоянии понять, что он имеет психиатрическую проблему. В этом случае, *милосердие* является релевантным, а *уважение автономии* нет.

Государство гораздо чаще практикует слабый патернализм, хотя обоснованность его применения является спорной. Закон официально признаёт право родителей на своих детей, исходя из допущения, что дети не являются полностью компетентными. Однако объём родительского права быть патерналистским дискутируется. Большинство законов также санкционируют недобровольную госпитализацию в психиатрические учреждения психически больных лиц, чьи действия представляют опасность для них самих. Если мы выносим суждение о том, что психическое заболевание является симптомом сомнения относительно компетентности пациента дать информированное со-

---

<sup>35</sup> Garrett Th. M., Baillie H.W., Garrett R.M. Health care ethics: Principles and problems. - 2nd ed. - Englewood Cliffs (N. J.): Prentice Hall, 1993. - P.44.



гласие, это есть форма слабого, а не сильного патернализма. Но даже в этом случае, этот слабый патернализм окружается всеми видами правовой защиты, включая право на адвоката.

Государство, следовательно, *не уполномочивает врачей*, или других поставщиков медицинских услуг, *использовать строгий патернализм*, санкционируя слабый патернализм лишь в ограниченном количестве случаев.

Специалисты, пишущие по данной проблеме, обычно *не признают* по этическим соображениям *право врачей*, или других профессионалов здравоохранения, *практиковать строгий патернализм*. В дополнение к фундаментальной проблеме власти над другими, здесь затрагивается *основной вопрос компетентности индивидуальных лиц решать, что является наилучшим для другого человека* и, в частности, *для компетентного совершеннолетнего человека*. Компетентность принимать такие решения, требовала бы знания ценностей другой личности и все факторы, влияющие на их жизнь. Врачи, или другие поставщики медицинских услуг, и пациенты не обязательно разделяют одинаковые ценности. Врач, например, может верить, что жизнь является драгоценной, неважно какая. Пациент же может быть убежденным в том, что жизнь без способности передвигаться является бессмысленной. Врач, и другие профессионалы здравоохранения, безусловно, не имеют права навязывать ценностные суждения пациентам на основании того, что "доктор знает лучше". В конце концов, обычно редко встречается врач, или другой профессионал здравоохранения, который знал бы все факторы, влияющие на жизнь пациента. Короче говоря, врач лишен компетентности, решать, что является наилучшим для другого и, таким образом, не имеет права использовать строгий патернализм.

Временами те, кто оправдывает строгий патернализм в здравоохранении, действуют, как если бы имелось только одно правильное решение в каждом случае. Однако следует хорошо помнить, что гораздо чаще встречаются ситуации, где имеется более чем одно хорошее решение. Более того, мы должны подчеркнуть факт, что решения относительно здоровья, жизни и смерти не являются только медицинскими решениями, а включают в себя благо общества, благо третьих лиц, а также ценности пациента. В то время как врач, или другой поставщик медицинских услуг, является компетентным, чтобы давать совет относительно медицинских аспектов и даже относительно медицинских преимуществ, пациент имеет право и обязанность принимать решение.

Тогда как, кажется, *невозможно оправдать сильный патернализм в здравоохранении*, *проблема слабого патернализма сохраняется*. Как мы отмечали, обсуждая исключения не в экстренных ситуациях, суды часто разрешали лечение с целью облегчения серьезной боли или страдания без информированного согласия. В той мере, в какой это лечение будет устранять сомнения относительно компетентности личности и позволять информированное согласие, мы будем склонны считать, что оно обоснованно. Здесь лечение находится непосредственно на службе автономии.

Другой пример слабого патернализма можно обнаружить в использовании ограничений. В больничной обстановке, временное использование ограничений часто оправдывается на тех основаниях, что пациент теряется и дезориентируется и, таким образом, существует реальная возможность того, что он причинит себе вред. Больницы осознают опасности такой политики и обычно сопровождают использование ограничений разнообразными мерами предосторожности, такими как периодическим посещением пациента, утверждением инспекторов или врачей, если ограничения должны использоваться на долгий период, и письменным подтверждением их использования. Сопровождаемые всеми этими надлежащими мерами предосторожности, ограничения могут оправдываться слабым патернализмом.

Проблема патернализма ещё больше осложняется при установлении психического здоровья.

Так, Российское общество психиатров допускает принудительное психиатрическое вмешательство в случаях:

«когда вследствие тяжелого психического расстройства пациент лишается способности решать, что является для него благом, и когда без такого вмешательства с высокой вероятностью может последовать серьезный ущерб самому пациенту или окружающим»<sup>36</sup>.

*Американская психиатрическая ассоциация* также утверждает, что закон разрешает, по меньшей мере, на короткий период недобровольное помещение в психиатрическое учреждение и лечение, если присутствуют все четыре из следующих условий:

Данные должны указывать на то, что психическая болезнь человека поддаётся лечению, и что само лечение является полезным;

человек должен быть настолько ясно психически больным, чтобы лишиться способности к принятию медицинских решений;

данные об умственной деградации, такие как бред и галлюцинации, должны быть очевидными;

человек должен явно страдать.

Несмотря на то, что авторы не находятся в полном согласии с этим подходом, последний являет собой настоящий пример слабого патернализма и являлся бы этически оправданным при условии, что на принудительную госпитализацию ставятся временные ограничения. Хотя мы допускаем, что слабый патернализм является оправданным в некоторых случаях, мы настаиваем на том, что нет общего разрешения даже для слабого патернализма. Каждый случай необходимо тщательно изучать, а исключения следует делать осмотрительно.

Принцип автономии и его отношение к патернализму нельзя полностью понять, пока мы не изучили принцип милосердия. Отметим только, что спор между защитниками патернализма и теми, кто помещает автономию на пер-

---

<sup>36</sup> Кодекс профессиональной этики психиатра (Принят на Пленуме Правления Российского общества психиатров 19 апреля 1994 г.). В кн.: Этика практической психиатрии: /Руководство для врачей/. – М: РИО ГНЦСиСП им. В.П. Сербского, 1996. – С.234.

вое место, – это спор о том, милосердие или автономия является более важным.

### **1.4.3. Заместители. Суррогатное решение и его границы.**

Предыдущий раздел делает совершенно ясным, что заместители важны в биомедицинской этике.

"Заместители, или законные представители, – это лица, которые уполномочены в соответствии с законом или обычаем принимать решения, когда пациент некомпетентен или сомнительно компетентен"<sup>37</sup>.

Нет, однако, никакого удобного списка заместителей, на который можно было бы полагаться с уверенностью. Обычно, родители рассматриваются заместителями для их малых детей. Супруги рассматриваются заместителями друг друга. Взрослые дети считаются заместителями для родителей, когда родители нуждаются в этом, дедушка и бабушка – для внуков, и, когда нет сыновей и дочерей, взрослые внуки – за дедушку и бабушку, чтобы не упоминать братьев и сестёр также как дядей и тётей. В нашем обществе заместители следуют за линиями родства *на основании допущения*, что эти родственники, вероятно, должны знать ценности, если не желания, пациента, и, можно надеяться, действовать в лучших интересах пациента.

### **1.4.4. Право отказаться от лечения.**

Принцип автономии пациента ясно подразумевает, что пациент или заместитель имеет право отказаться от лечения. Данное право не зависит от того, имеет ли отказ хороший смысл для кого-либо еще, но только от компетентности пациента. Психически больные имеют право отказаться от лечения, хотя точный контекст такого права иногда становится неясным<sup>30</sup>. Даже в психиатрическом учреждении, право отказываться от лечения остается, если оно специально не назначено судом.

Право на отказ от лечения подтверждается современным законодательством России:

**Статья 33.** Гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных Статьей 34 настоящих Основ (Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья<sup>38</sup>).

**Статья 12.** (1) Лицо, страдающее психическим расстройством, или его законный представитель имеют право отказаться от предлагаемого лечения или прекратить его, за исключением случаев, предусмотренных частью четвертой статьи 11 на-

<sup>37</sup> Garrett Th. M., Baillie H.W., Garrett R.M. Health care ethics: Principles and problems. - 2nd ed. - Englewood Cliffs (N. J.): Prentice Hall, 1993. - P.46.

<sup>38</sup> Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. Приняты Верховным Советом Российской Федерации 22 июля 1993 г. – ВВС РФ. 1993. №33. Ст.318.

стоящего закона (О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании, Закон Российской Федерации<sup>39</sup>).

Билль о Правах пациента Американской больничной ассоциации также суммирует это право довольно ясно:

4. Пациент имеет право отказаться от лечения в пределах, допускаемых законом, и быть информированным относительно медицинских последствий его действий.

*Это право отказаться, однако, не подразумевает, что для пациента этично, отказываться от лечения в любых или во всех случаях.* В то время как врач, или другой поставщик медицинской услуги, не этичен, навязывая лечение пациенту или, с редкими исключениями, в лечении без информированного согласия, пациент, подобно профессионалу здравоохранения, должен уважать принципы милосердия и “не навреди”, которые будут обсуждаться в следующей главе. Право отказываться от лечения будет рассматриваться подробно в главе о смерти и умирании.

## Резюме.

Принцип автономии требует, чтобы врач, или другой профессионал здравоохранения, не лечил пациента без информированного согласия пациента или заместителя пациента за исключением в точно определенной крайней необходимости. Чтобы следовать этому принципу, врач должен решить, компетентен ли пациент, чтобы понять последствия согласия на лечение или отказа от него, и достаточно ли свободен, чтобы дать согласие. Чтобы помочь компетентному пациенту или заместителю в принятии решения, профессионал здравоохранения и, в частности, врач, должен сообщить диагноз, прогноз с лечением и без него, и приемлемые альтернативные варианты лечения также как информировать пациента относительно экономических, психических, и социальных издержек лечения. В дополнение к исключению в чрезвычайных обстоятельствах, существуют случаи, в которых слабое патерналистское вмешательство может, вероятно, быть оправданным. В случаях сомнения, следует добиваться разрешения суда. Эти обязательства, созданные принципом автономии часто оказываются в конфликте с принципом милосердия, который будет рассматриваться в следующей главе.

---

<sup>39</sup> О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании. Закон Российской Федерации. – М.: Издательство Независимой психиатрической ассоциации, 1993. – С.10.

## ГЛАВА 2. ПРИНЦИПЫ МИЛОСЕРДИЯ И "НЕ НАВРЕДИ".

### Введение.

В наиболее общей форме, принцип милосердия гласит не больше, чем "**Делай добро**". Аналогично, принцип "не навреди" велит нам "**Избегай зла**". К сожалению, эти формулировки настолько общие, что являются по сути бесполезными. Это становится болезненно ясным, когда понимаем, что мы не можем делать все добро или избегать всего зла. Эта невыполнимость покажет, почему мы нуждаемся в более специфических формулировках, которые помогли бы нам отбирать возможности и делать этические выборы.

**Невозможность делать все добро.** Невозможность делать все добро проистекает из самой природы времени и пространства, а также из наших собственных ограничений и ограничений средств, доступных нам. Едва имеется так много времени в сутках. Действительно, кажется, никогда нет достаточно времени, чтобы делать все, что мы хотим делать или планируем сделать. Пределы времени ограничивают нас независимо от того, в какой степени мы становимся искусными. Пространство, также окружает нас. Мы не можем непосредственно и немедленно делать добро тем, кто находится далеко. Действительно, поскольку мы можем быть только в одном месте в одно время, большинство людей в мире находятся вне нашего прямого контакта и, таким образом, мы не можем помочь им лично.

Наши собственные ограниченные способности также ограничивают нашу способность делать добро. Не каждый имеет интеллект, чтобы быть физиком-теоретиком или проектировщиком суперкомпьютеров. Некоторые имеют лучшее здоровье, чем другие, некоторые – большую силу, некоторые – лучшую координацию. Относительная сила интеллекта, тела, и координации, таким образом, ставят пределы тому, что человек может делать. Следует отметить, однако, что даже те, кто имеют достаточно интеллекта, чтобы справиться с любой данной задачей, не имеют достаточно времени, чтобы справиться со всеми задачами. Человек, который является и врачом и адвокатом, – редкое явление. Человек, который является врачом, адвокатом, физиком-теоретиком, биофизиком, антропологом, химиком, палеонтологом, плотником, водопроводчиком и агрономом, кажется таким же реальным как крылатый конь. Даже если бы такой человек и существовал, время и пространство будут все еще ограничивать добро, которое он мог бы сделать.

В заключение, наша способность делать добро, ограничена состоянием искусства в данной области, а также доступностью существующих инструментальных средств. Недостаток иммунодепрессантных лекарственных средств некогда сдерживало хирургию по трансплантации органов, так как

без этих лекарственных средств, тело пациента отторгает новую ткань. Сегодня иммунодепрессантные лекарственные средства существуют, но их доступность все еще ограничивается их высокой стоимостью. Без них, даже самый прекрасный хирург трансплантолог ограничен в том, что он может сделать для пациента, который нуждается в новой почке.

Наше обязательство делать добро, ограничено также, нашим обязательством избегать зла. Другими словами, принцип "не навреди" ограничивает принцип милосердия. Вид тонущего ребенка в бушующем потоке, заполненном плавающим льдом, побуждает любого сделать попытку спасти. Но всех останавливает осознание того, что попытка спасения угрожала бы собственной жизни, и что в любом случае никто, вероятно, не способен спасти ребенка. Предполагаемое зло – цена, которая будет заплачена за попытку спасения. Хотя мы могли бы хвалить спасателя как героя, мы не будем утверждать, что он имел долг прыгнуть в воду. Действительно, мы называем таких людей героями потому, что они не имеют моральной обязанности, но делают больше, чем обычно могло бы от них требоваться.

Ясно, необходимы более конкретные формулировки принципа милосердия, которые помогали бы нам решать, что мы должны делать. Его следует также прояснить, потому что производство добра и избегание зла будет не просто вопросом принципов, но вопросом практической мудрости, взвешивающей релевантные аспекты фактической и социальной ситуации, а также конкретного значения человеческого достоинства в специфическом времени и месте.

**Невозможность избежать всего зла.** Почти все, что мы делаем, имеет некоторый нежелательный побочный эффект или по крайней мере риск некоторого зла. Когда Вы пересекаете улицу, Вы подвергаетесь риску быть сбитым автомобилем. Когда Вы принимаете аспирин, Вы рискуете проблемами желудка или, возможно, синдромом Рейе. Когда Вы подвергаетесь обширному оперативному вмешательству, Вы рискуете Вашей жизнью. Жизнь неотъемлемо опасна. Если бы мы пытались избежать всего риска вреда, мы не имели бы время ни для чего еще. Действительно, если бы мы попытались избежать всех рисков, оставаясь в постели, мы рисковали бы пролежнями, мышечной деградацией и постоянной пневмонией. Нет никакого спасения от всего риска и также нет никакого избавления от всего зла.

В самом деле, помимо свойственной человеческой жизни рискованности, мы должны также стоять перед фактом, что, потому что жизнь является социальной, мы вовлекаемся в подлинные бедствия в большей или меньшей степени. Мы – члены общества, которое, несмотря на значительный прогресс, все еще угнетает меньшинства и женщин. Много людей работают на компании, которые разрушают окружающую среду. Некоторые обучают в школах, где, по крайней мере, некоторые профессора чрезвычайно несправедливы к студентам. Некоторые работают в больницах, которые допускают некомпетентных врачей или медсестер. Таким образом, мы до некоторой степени заражены злом, когда продолжаем сотрудничать с группами, которые вызывают или разрешают зло. Однако мы не можем избежать всего это-

го зла. Если мы изолируем себя как отшельники, мы лишим себя выгод социальной жизни и увеличим риск в отношении нашей жизни. Хуже, однако, наше бегство от зла часто оставляет злодеев безнаказанными, а жертвы в худшем положении, чем прежде. Нет простого выхода. Мы нуждаемся в спецификациях принципа "не навреди", которые дадут нам возможность делать, по крайней мере, грубые суждения относительно того, какого зла избегать.

## 2.1. Принцип милосердия.

Как мы отметили в предыдущем разделе, индивидуальный человек – ценность сама по себе, а все другие вещи, должны оцениваться по их последствиям для индивидуума. Практически, некоторые вещи *необходимы* для достоинства человеческой личности. Другие вещи, типа пищи гурмана и одежды дизайнера, являются просто полезными. Эти просто полезные блага, не необходимые для человеческого достоинства, могут, при определенных условиях, ставиться в зависимость от блага других людей и общества.

Вещи, необходимые для человека, чтобы оставаться человеком и сохранять достоинство, находятся в начале списка благ, которых следует добиваться. Обычно, список необходимых благ содержит питание (включая, и продовольствие и воду), жилище и одежду, также как членство в социальных группах, необходимое для психологического роста человека. Много людей также включили бы в этот список здравоохранение как необходимое благо. Мы говорим, что эти вещи обычно *необходимы* для человека, чтобы оставаться человеческой личностью. Однако в медицинской этике мы столкнемся со случаями, в которых даже снабжение пищей или продолжение медицинского обслуживания может уничтожить человеческое достоинство и поддерживать скорее "растительный организм", чем человека (см. главу 3).

Однако часто вопрос касается не просто решения, какие блага являются необходимыми благами, а какие являются просто полезными для нас самих, но ситуаций, в которых усилие к получению лучшего результата или попытка сохранить нас самих может находиться в противоречии с благом других людей. В этих случаях, наше улучшение часто подчиняется их выживанию. Иногда, обязательство уважать других может ограничивать обязательства добиваться даже этих базисных, необходимых благ. По крайней мере, люди вообще свободны, жертвовать даже своими базисными благами, чтобы сохранить базисные блага для других. Таким образом, человек может отказаться от медицинского обслуживания, чтобы не лишать свою семью ее базисных благ.

Как мы уже видели в разделе об автономии, даже право врача, или другого поставщика медицинских услуг, оказывать помощь, ограничено необходимостью уважения свободы пациента и потребностью в информированном согласии пациента или его законного заместителя. Таким образом, здесь при-

существует напряженность между уважением свободы и возможностью обеспечить то, что профессионал здравоохранения может считать в наилучших интересах пациента<sup>40</sup>.

Общество, к которому мы принадлежим, находится среди наиболее необходимых благ. Мы зависим от общества в отношении почти любого мыслимого блага и, таким образом, обязаны быть членами различных сообществ, сотрудничать с ними и оказывать им содействие, также как соблюдать их правила. Необходимые блага этих обществ возлагают на нас обязательства. Мы должны принимать во внимание эти социальные обязательства при решении, каких благ следует добиваться. Это предполагает, конечно, что общество является справедливым и не пытается полностью подчинять индивидуума группе.

Практически, большинство благ, которые мы должны делать, определено в соответствии с социальным соглашением, по закону ли или обычаю также как благодаря связям, ролям, или соглашениям. Эти спецификации следуют из действий, и обществ и личностей. В результате, может существовать значительное колебание между обществами и индивидуумами. Таким образом, хотя все общества имеют общие основные обязательства, спецификация между обществами значительно варьируется. Все общества должны требовать содействия от их членов, но они требуют различные вклады, например, налоги или персональное обслуживание, в зависимости от истории и формы правления (правительства) в конкретном обществе. Хотя все люди должны иметь доход, они значительно варьируются в способе, который они выбирают, чтобы приобрести этот доход. Некоторые работают по найму и приобретают набор обязательств; другие вступают в индивидуальные контрактные отношения с рядом заказчиков и, таким образом, имеют иные обязанности. Даже брачный контракт устанавливает связь и определяет набор обязательств, которые исключают другие определенные отношения. Отношение отца и матери к их детям создает специфические обязательства, которые имеют приоритет над другими обязательствами. Врачи, и другие поставщики медицинских услуг, имеют подобные роли, которые они исполняют. В медицинских профессиях, право, обычай, связь и контракт (договор) являются особенно важными, поскольку специфическая роль поставщика медицинской услуги определяет отношение к пациенту. Профессионал, кроме того, притязает на то, что он делает некоторые вещи, подразумеваемые в цели профессии. Они – общие блага, которые профессионал обязан предоставить. Контракт между профессионалом и пациентом затем определяет индивидуальное благо, которое профессионал обязан предоставить. Обратите внимание, что врач или медсестра не может претендовать на то, чтобы делать больше, чем их специфическое образование и умения позволяют. Не могут они также делать больше того, на что соглашается пациент.

Врачи, или другие поставщики медицинских услуг, – не мудрецы, способные к решению всех проблем, и, таким образом, не должны пытаться де-

---

<sup>40</sup> Engelhardt H.T.jr. The foundations of bioethics. – N.Y.; Oxford: Oxford univ. Press, 1986. – XVI, 398 p.



дать это, даже если пациенту следовало бы позволить им. Эти два ограничения – одно способностью, другое соглашением – всегда должны учитываться в биомедицинской этике. Все эти общие и специфические обязательства в милосердии, ограничены также, в соответствии с обязательством избежать зла. Перед тем как дать более точные спецификации для милосердия в здравоохранении, следует рассмотреть, по крайней мере, некоторые общие правила относительно обязательства избегать зла, так как мы не можем избежать всего зла.

### **2.1.1. Понятие и обязательство милосердия, его границы.**

Милосердие является принципом, согласно которому следует содействовать благополучию других (в медицинском контексте, их здоровью) и использовать активные средства, чтобы предотвратить или устранить опасные обстоятельства.

*Долг милосердия требует, чтобы мы несли моральное обязательство помогать другим, содействуя их интересам, когда мы можем делать это без существенного риска для нас самих.*<sup>41</sup> Таким образом, долг милосердия гласит, что мы имеем позитивное обязательство, заботиться о благополучии других; помогать другим, когда они пытаются осуществить свои планы. Моральное обязательство милосердия основывается на *чувстве честной игры*, внушая, что, так как мы получили благодеяние от других, мы имеем обязательство, возратить его другим той же самой помощью. Милосердие суть способ обеспечить взаимность в наших отношениях и, одновременно, ответить другим теми же благами, которые мы получили в прошлом.

*а. Метод оценки риска вреда для определения степени обязательства милосердия.*

Однако моральное обязательство милосердия не без ограничения. Его пределом является *вред себе*. Beauchamp и Childress установили метод, который можно использовать для того, чтобы оценить риск вреда, когда мы определяем степень нашего обязательства.

1. Человек, которому мы должны помочь, рискует значительным ущербом или опасностью.
2. Я могу выполнить действие, непосредственно относящееся к предотвращению этого ущерба или опасности.
3. Моё действие, вероятно, должно предотвратить этот ущерб или опасность.

---

<sup>41</sup> Bioethics: basic writings on the key ethical questions that surround the major, modern biological possibilities and problems / ed. by Thomas A. Shannon. - 4<sup>th</sup> ed. - New Jersey: Paulist Press, 1993. - P.7.

4. Блага, которые человек получает в результате моих действий (*а*) перевешивают вред для меня самого и (*б*) представляют минимальный риск для меня<sup>42</sup>.

Итак, мы испытываем потребность, осуществлять благоразумную калькуляцию в отношении рисков и выгод. Иногда такое взвешивание может быть ясным. Если кто-нибудь тонет, а я не умею плавать, то я не обязан бросаться в воду, чтобы помочь этому человеку, хотя обычно я обязан помогать ему иными способами. Но такое взвешивание может быть проблематичным. Имеет ли профессионал здравоохранения моральное обязательство ухаживать за больным СПИДом? Здесь моральная калькуляция осложняется, вследствие неясности относительно действенности различных видов передачи инфекции, времени инкубации и эффективности традиционных методик изолирования, а так же всё ещё неизлечимой природы болезни.

## 2.2. Принцип "не навреди".

Один из наиболее древних этических принципов медицинской этики, наследуемый из гиппократовой традиции, – принцип "**Прежде всего, не навреди**". Если мы не можем помочь кому-либо, тогда, по меньшей мере, мы не должны причинять ему вред.

### 2.2.1. Понятие и обязательство не вредить.

Вред, который мы должны избегать, обыкновенно понимают как физический или душевный. Тем не менее, вред может представлять собой также ущерб чьим-либо интересам, как-то несправедливое присвоение моей собственности или ограничение моего доступа к ней. Или мне могут нанести ущерб несправедливым ограничением моей свободы слова или действия. Если даже не было бы необходимого физического воздействия на меня от этих последних ущербов, тем не менее, они являются подлинным вредом для меня.

Моральный долг не вредить ясно налагает обязанность не вредить кому-либо умышленно, или прямо. Но это моральное обязательство запрещает также подвергать других риску причинения вреда. Например, если я веду автомобиль слишком быстро, я не могу фактически причинить кому-либо вред, но я могу, несомненно, подвергнуть риску причинения вреда отдельных людей. Таким образом, обязательство не вредить обычно запрещает превышение скорости.

Но существуют другие ситуации, в которых людям фактически причиняют вред или подвергают риску нанесения вреда, а обязательство не вредить не нарушается. Человек, подвергающийся химиотерапии, подвергается раз-

---

<sup>42</sup> Beauchamp T. L., Childress J.F. Principles of biomedical ethics. - 3d ed. - N.Y. etc.: Oxford Univ. Press, 1989. - P.201.

нообразному риску вреда от терапии. Может ли такой риск причинения вреда быть оправданным и, если это так, то каким образом?

### **2.2.2. Принцип "двойного эффекта".**

Особого рода моральный конфликт возникает тогда, когда выполнение действия будет производить хорошее и плохое следствие. На основании хорошего следствия, кажется, что наш долг выполнить действие, но на основании плохого, кажется, что наш долг не делать его.

Допустим, что смерть плода, есть само по себе плохое действие, и рассмотрим, например, следующий казус:

У женщины, которая на третьем месяце беременности, находят рак матки. Если пытаться спасти жизнь женщины, матку следует удалить немедленно. Но если удалить матку, тогда будет потеряна жизнь не родившегося ребенка. Следует ли делать операцию?

Традиционным методом проверки легитимности риска или вредных действий является **принцип двойного эффекта**.<sup>43</sup> Эта традиция имеет свой источник в традиционной римско-католической теологии, но получила широкое признание как *средство оценки моральной приемлемости риска или вреда*.

Принцип утверждает, что только такое действие следует выполнять, если оно имеет целью произвести хороший результат, а плохой будет непредусмотренным, или побочным следствием.

Более точно, должны удовлетворяться четыре условия:

Само действие должно быть в моральном отношении хорошим или, по крайней мере, морально индифферентным. (То есть, действие, которое мы намереваемся выполнить, не должно быть злом или несправедливостью).

Вред, который мы принимаем во внимание, не должен быть средством, каким достигается хороший результат.

Мотивом должно быть достижение только хорошего результата. То есть, зло или вредное последствие не может быть умышленным, но только возможным и терпимым.

Должна иметься соразмерная причина, чтобы осуществить действие, несмотря на последствия, которые несёт сам поступок.

Удовлетворяются ли эти условия в случае, на который мы ссылались? Сама операция, если её рассматривать как поступок, является, по крайней мере, в моральном отношении индифферентной. То есть сама по себе она суть ни хорошая, ни плохая. Это обеспечивает *первое условие*. Если намереваются спасти жизнь матери, спасение не будет достигаться при помощи убийства плода. А это будет сделано посредством удаления раковой матки. Следовательно, выполняется *второе условие*. Мотивом хирургической опе-

<sup>43</sup> См.: Михайлова Е.П., Бартко А.Н. Биомедицинская этика: Теория, принципы и проблемы. Часть I. Теория и принципы биомедицинской этики. - М.: Изд-во ММСИ, 1995. - С. 42-44.

рации, можем мы предположить, является не смерть плода, а спасение жизни женщины. Если это так, тогда удовлетворяется *третье условие*. И, наконец, поскольку обе жизни находятся под угрозой, хороший результат (спасение жизни женщины) является, по крайней мере, равным плохому последствию (смерть плода). *Четвёртое условие*, таким образом, также выполняется. При обычных обстоятельствах, в таком случае, эти условия считались бы удовлетворенными, и такая операция была бы в моральном отношении оправдана.

Как сложилось по традиции, этот принцип делает определённые допущения в отношении действий, а именно, что имеются некоторые действия, о которых известно, что они являются неправильными независимо от обстоятельств, как, например, аборт или эвтаназия. Так что не имеет значения обсуждение обстоятельств, которые могли бы сделать когда-либо допустимым сам акт эвтаназии, потому что такое действие обычно считается неправильным само по себе и, как правило, никогда не удовлетворяет первому критерию.

#### **2.2.4. Принцип пропорциональности.**

Дебаты о том, являются ли действия неправильными сами по себе, склонило многих сосредоточиться на четвёртом критерии как на ключевом элементе в принятии морального решения.<sup>44</sup> На их взгляд, четвёртый критерий означает, что можно и не знать заранее, является ли неправильным какое-либо действие, а большое значение имеет определение того, существует ли пропорциональная причина его выполнения.

Эта более простая формулировка получила название **принципа пропорциональности**. Он предусматривает следующее:

Должно существовать пропорциональное благо, оправдывающее принятие или риск плохих последствий, чтобы предусмотренное действие непосредственно не шло в разрез достоинству индивидуальной личности (внутреннему благу)<sup>45</sup>.

Richard McCormick<sup>46</sup> установил три фактора, которые необходимо принять во внимание, когда определяют, является ли причина пропорциональной:

находится под угрозой ценность, по крайней мере, равная по важности ценности, приносимой в жертву.

нет менее опасного способа, здесь и сейчас, чтобы предохранить благо, которое мы стремимся приобрести.

образ действия, которым достигается ценность, не должен подрывать эту ценность в будущем.

<sup>44</sup> Bioethics: basic writings on the key ethical questions that surround the major, modern biological possibilities and problems / ed. by Thomas A. Shannon. - 4<sup>th</sup> ed. - New Jersey: Paulist Press, 1993. - P.7.

<sup>45</sup> Garrett Th. M., Baillie H.W., Garrett R.M. Englewood Cliffs (N. J.): Prentice Hall, 1993. - P.58.

<sup>46</sup> Richard McCormick, S.J., *Ambiguity and Moral Choice*. - Department of Theology, Marquette University, p.93.

Точка зрения McCormick состоит в том, что установление пропорциональной причины не является подобным решению арифметической задачи. Скорее нам необходимо проявлять благоразумие и оценивать влияние наших действий на другие ценности. Моральное обязательство "не навреди" остаётся в силе как строгое напоминание о том, что мы имеем долг, не вредить, но в том случае, когда некоторый вред или риск вреда представляется необходимым, тогда мы должны нести моральную ответственность за принятие такого решения.

#### **2.2.4. Предварительное резюме.**

Подробное рассмотрение принципа пропорциональности приводит нас к тому, чтобы заново сформулировать принцип "Избегай зла". *Принцип «не навреди»* теперь гласит:

«Избегай зла и вредных последствий, пока ты не имеешь пропорциональной причины, чтобы рисковать или допустить их»<sup>47</sup>.

Эта новая формулировка принципа "не навреди" требует более точного действия принципа "Делай добро". Новая формулировка *принципа милосердия* теперь гласит:

«Делай добро, пока последствия осуществления добра не производят непропорциональное зло»<sup>48</sup>

### **2.3. Обязанность пациента: ординарные и экстраординарные средства поддержания и восстановления здоровья.**

Мы начинаем с обязанности пациента, так как пациент является центральным звеном медицинского обслуживания и причиной его существования. Равно важным является факт, что пациент должен принимать медицинские решения в контексте, который включает обязательства перед семьёй, обществом и ценности вещей иных, чем здоровье и простое биологическое существование. Как мы уже отмечали, тот **факт, что пациент имеет законное право отказаться от лечения, не означает, что имеется также этическое право так поступать.**

*Что является этической обязанностью пациента в отношении предупреждения болезни, поддержания и восстановления своего здоровья?* Ввиду того факта, что здоровье является только одним среди многих благ, а обязанность заботиться о здоровье – только одной из многих обязанностей, многие

---

<sup>47</sup> Garrett Th. M., Baillie H.W., Garrett R.M. Health care ethics: Principles and problems. - 2<sup>nd</sup> ed. - Englewood Cliffs (N. J.): Prentice Hall, 1993. - P. 61.

<sup>48</sup> Ibid.

специалисты в области биомедицинской этики давали следующую *суммарную формулировку*:

"Индивидуальные лица обязаны использовать обычные, но не экстраординарные средства поддержания и восстановления их здоровья"<sup>49</sup>.

Этот **принцип обычных/экстраординарных средств** первоначально разрабатывался ещё католическими моральными теологами 16-го столетия. Сначала он возник вследствие того, что некоторые виды лечения, даже общепринятые, были настолько мучительными, что было бы неразумно обязывать человека подвергаться им. Со временем, этот принцип стал общим и превратился в **принцип пропорциональности**.<sup>50</sup>

Разъяснение *ординарного* и *экстраординарного* делает понятным, что в действительности это есть только *вид пропорциональности*.

**«Ординарное средство»**, например, не имеет значения общепринятого, обычного или повседневного. Скорее оно означает **средство, которое, приняв всё во внимание, приносит больше пользы, чем вреда**.

**«Экстраординарное средство»** не имеет значения необычного, редкого или экзотического, а такое **средство, которое, приняв всё во внимание, будет производить больше вреда, чем пользы**.

Например, применение валиума, слабого транквилизатора, было бы экстраординарным в случае пациента, побочной реакцией которого на лекарственное средство была бы ярость. С другой стороны, имплантация искусственного сердца может быть ординарным средством, если это единственный способ, которым человеку можно продлить жизнь достаточно долго, чтобы привести её в хорошее состояние.

Терминология "ординарного/экстраординарного" может запутывать и поэтому лучше формулировать принцип как специальный случай принципа пропорциональности.

Формулировка **принципа благожелательности** пациента в вопросах здоровья гласит тогда следующее:

"Заботься о своём здоровье, если, только, принимая всё во внимание, это не производит больше вреда, чем пользы".

Выражение "*принимая всё во внимание*" является важным, потому что оно отличает *обязанность пациента* не только от *обязанности профессионала здравоохранения*, но также от *обязанности заместителя*. Как мы увидим немного позже, и профессионал, и заместитель не должны принимать всё во внимание.

<sup>49</sup> Garrett Th.M., Baillie H.W., Garrett R.M. Health care ethics: Principles and problems. - 2<sup>nd</sup> ed. - Englewood Cliffs (N. J.): Prentice Hall, 1993. - P.62.

<sup>50</sup> McCartney J.J. The Development of the Doctrine of Ordinary and Extraordinary Means of Preserving Life in Catholic Moral Theology Before the Karen Quinlan Case. In: *The Linacre Quarterly*, 1980 (August), pp.215-224.

*Выражение "принимая всё во внимание"* подчёркивает также необходимость сбалансировать все обязательства пациента. Оно подразумевает не только воздействия на себя самого, но также семью и общество; не только боль, стоимость и выгоды здоровья, но смысл жизни и качество жизни, как пациент это понимает. Медицинское обслуживание, которое едва сохраняет пациента живым, несмотря на то, что его расходы доводят семью до финансовой нищеты и эмоционального изнурения, не обязательно является хорошим делом. Действительно, пациент может обоснованно считать его злом, чтобы избегать. Подобным образом, лечение, как, например переливание крови, которое противоречит религиозному долгу, не было бы благом, не говоря уже об обязательном благе.

В этом контексте следует подчеркнуть, что врач, или другой поставщик медицинских услуг, не может принимать такие решения хотя бы только потому, что профессионал не знает всех обстоятельств. Напротив, он знает намного меньше обстоятельств, которые относятся к данному решению пациента. Больше того, поставщик медицинской услуги не является в полной мере осведомленным, чтобы оценивать смысл и ценность жизни за другого человека. Поэтому профессионал здравоохранения, несомненно, никогда не может быть компетентным, чтобы оценивать, какое качество жизни пациента становится для него недостойным жизни или не соответствующим относительно других людей.

#### **2.4. Обязанность врача: принцип медицинских показаний.**

Хотя профессионал здравоохранения и не является компетентным, чтобы оценивать пропорциональность, принимая всё во внимание, он выполняет профессиональную роль и компетентен в данной области. Эта область является сферой, в которой профессионал здравоохранения должен оценивать пропорциональность последствий. Что касается **врачей**, мы называем **специальную формулировку принципа милосердия принципом медицинских показаний**. Для медсестёр – это был бы *принцип показаний по уходу за больным* и т.д. для каждой из подразумеваемых профессий. Здесь мы будем развивать только принцип медицинских показаний для врачей.

Принцип медицинских показаний **гласит**: признанный информированным согласием врач должен делать то, что в медицинском отношении требуется такого, что приносило бы с медицинской точки зрения больше пользы, чем вреда. **Или, формулируя его по-другому**, медицинские выгоды должны перевешивать медицинские тяготы для пациента.

Следующий пример иллюстрирует этот принцип в действии.

Имеется две группы младенцев с расщелиной позвоночника. Первая группа умрёт в течение нескольких дней или недель. Вторая группа будет жить на протяжении многих месяцев или лет, или больше, даже если бы их не лечили. Эта вторая группа младенцев, которые не умирают, делится далее на группу А и группу В. Младенцы в группе А имеют такую обширную рану на спине, что она не поддаётся операции. Операция могла бы не исцелить, но оставить рану инфицированной, а конечное состояние младенца хуже, чем первоначальное. Группа В включает младенцев, которые обнаруживали биение ножками при рождении и, таким образом, имеют некоторую мускульную силу. В этом случае операция имеет хороший шанс исправить дефект и улучшить шансы младенца, не делая положение дел хуже.

Лечение не требуется для первой группы, потому что они умрут в скором времени, и ничего бы не добились операцией. В этом случае хирург не должен настаивать на операции. Для группы А операция в медицинском отношении не требуется, потому что специфические средства делают ребёнка не подходящим для операции; в самом деле, они создают риск, сделать ребёнка более дефектным. Лечение является в медицинском отношении показанным для группы В, потому что будет приносить в медицинском отношении больше пользы, чем вред.

Чтобы представить значение принципа более ясно, мы модифицируем казус.

Предположим, что в группе В есть один младенец, который является сильно отсталым. Является ли операция по поводу расщелины позвоночника для этого младенца, который не умирает и находится в операбельном состоянии, все еще с медицинской точки зрения показанной?

Ответ – **ДА**. Имеется в медицинском отношении больше пользы, чем вред, который будет получен в результате оперативного вмешательства, так что операция с медицинской точки зрения показана. С медицинской точки зрения, выгод от операции больше, чем трудностей, следующих из нее. Факт серьезной задержки развития – не медицинское противопоказание, независимо от того, какие испытываются чувства по поводу отсталости. Суждение относительно ценности жизни отсталых людей не должно приниматься здесь во внимание, потому что это – не медицинский вопрос. Это глубоко личный, или философский вопрос, на который нет простого ответа. Мы возвратимся к проблеме качества жизни позже, когда будем обсуждать ценность жизни для человека, который обладает этой жизнью.

Рассмотрим третий казус.

В значительной степени психически неполноценный новорождённый умирает от пневмонии. Жизнь младенца может быть сохранена антибиотиками. Является ли лечение пневмонии необходимым с медицинской точки зрения, даже если спасение жизни оставит семью и общество с сильно умственно отсталым ребёнком на руках? Факт сильной задержки умственного развития меняет медицинские показания?

Ответ – **НЕТ**. Лечение пневмонии медицински показано, так как с медицинской точки зрения оно принесёт больше пользы, чем вред. **Лечение необходимо с медицинской точки зрения, если пациент не умирает от некоторой другой неизлечимой болезни или если лечение не причинит боль-**



**ше вреда, чем пользу с медицинской точки зрения.** Факт, что ребёнок никогда не будет вести полноценную жизнь, как это определено врачом или обществом, – не медицинское противопоказание. Скорее, это еще один способ решения вопроса о качестве жизни, которое выходит за пределы рассмотрения медицинских выгод и трудностей и, таким образом, за пределы и контекста медицины, и компетентности врача.

Воздействие решения пациента на семью и общество – также не медицинский вопрос, хотя оно было бы составной частью оценки пациентом выгод и трудностей. Возможно, как мы увидим, это может быть иногда отчасти решением заместителя. Действительно, попытка делать такие факторы составной частью методики медицинских показаний умалила бы ее центральную идею.

Идея эта состоит в том, что профессионал здравоохранения, за исключением индустриальной, военной, и некоторых судебных, обстановок, должен добиваться блага пациента, а не выгоды других вовлечённых сторон.

Так называемое *правило Младенца Дое*, хотя оно все еще спорно,<sup>51</sup> является примером одной из попыток применить принцип медицинских показаний и говорит об этих ситуациях довольно ясно.<sup>52</sup> Два пункта следует отметить в следующих цитатах. Во-первых, правило говорит относительно угрожающих жизни ситуаций, а не просто о пациентах в терминальном состоянии. Во-вторых, питание и гидратация рассматривается составной частью лечения.

Правило<sup>53</sup> Министерства здравоохранения и социального обеспечения (Номер 4) осуждает отказ от показанного с медицинской точки зрения лечения, где "отказ" определен следующим образом:

Отказ реагировать на угрожающие жизни младенца условия, обеспечением лечения (включая соответствующие питание, гидратацию, и лекарственную терапию), которое по разумной медицинской оценке врача (или врачей), должно будет наиболее вероятно эффективным в *улучшении всех таких условий* (добавленный курсив).

Перечисляются три исключения, хотя соответствующие питание, гидратацию, и лекарственную терапию необходимо предоставить даже в этих случаях.

Младенец является хронически и необратимо коматозным.

Обеспечение такого лечения просто продлило бы смерть, не было бы эффективным в улучшении или исправлении всех угрожающих жизни младенца условий, или, иначе, было бы бесполезным в терминах выживания младенца.

Обеспечение такого лечения было бы фактически бесполезным в терминах выживания младенца, и лечение непосредственно будет негуманным при таких обстоятельствах.

<sup>51</sup> Newman S. Baby Doe: Congress and the States: Challenging the Federal Treatment Standards for Impaired Infants. – *American Journal of Law and Health Care*, 1989, 15:1.

<sup>52</sup> Murray Th. H. The Final, Anticlimactic Rule on Baby Doe. – *Hastings Center Report*, 15:3, pp. 5-9.

<sup>53</sup> Department of Health and Human Services. "Baby Doe Rule," 45 CFR Part 1340, Federal Register (April 15), 1985, pp. 14878-14901.

Требование, чтобы соответствующее питание, гидратация, и лекарственная терапия, обеспечивались даже в этих трех случаях, является сомнительным.<sup>54</sup> Снабжение пищей, гидратация, и лекарственная терапия может только продлевать процесс смерти. Кроме того, хотя мы можем иметь сильные эмоции относительно примерно таких обычных вещей, как еда и питье, снабжение пищей и гидратация в условиях больницы часто бывают болезненными и неудобными медицинскими процедурами, а не простыми, каждодневными действиями. Назогастриальный зонд и желудочная трубка нуждаются в медицинской оценке и не должны приниматься в качестве обычных методов кормления и гидратации. (Эта точка зрения более полно разработана в главе о смерти и умирания.) Мы подчеркиваем, что сохранение пациента живым любой ценой с медицинской точки зрения автоматически не показано.

## **2.5. Обязательства заместителей пациента: принцип наилучших интересов пациента.**

Обязательство заместителя давать согласие на лечение или отказаться от него зависит от того, известны ли пожелания некогда компетентного пациента или они могут быть выведены, или не был ли пациент всегда некомпетентным, или не являются ли его пожелания вовсе неизвестными. Если пожелания некогда компетентного пациента известны (устно или в письменной форме), или могут быть легко выведены из действий человека и его ценностей, заместитель должен решать в соответствии с пожеланиями пациента. Это иногда называют **принципом замещающего суждения**. Считать недействительным те пожелания было бы нарушением автономии человека.

Если пациент никогда не был компетентным или был компетентным, но никак не проявил своего пожелания, были предложены два принципа для заместителя:

- *принцип наилучших интересов*
- *принцип рационального выбора.*

Принцип наилучших интересов требует, чтобы заместитель действовал в наилучших интересах пациента, игнорируя интересы других, включая интересы семьи, общества, и самого заместителя.

Принцип наилучших интересов, таким образом, требует, чтобы учитывали только благо пациента и ничего больше.

Принцип рационального выбора требует, чтобы заместитель избирал то, что пациент выбрал бы, будучи

---

<sup>54</sup> Lynn J., Childress J. F. Must Patients Always Be Given Food and Water? – Hastings Center Report, 1983, 13:5.

компетентным и рассмотрев всю доступную релевантную информацию и интересы всех затронутых лиц.

Принцип рационального выбора выходит за пределы узко определенных интересов пациента. Он предполагает, что пациенты обязаны и вообще учитывают интересы, по крайней мере, некоторых других лиц в принятии решений. Принцип рационального выбора позволил бы заместителю оценить, что даже очень болезненное лечение должно быть предоставлено, так как много людей зависят от пациента из моральной поддержки. Принцип мог бы также оправдать отказ от лечения на том основании, что лечение лишит средств семью пациента и оставит пациента сильно поврежденным.

Каждый из этих принципов влечет за собой проблемы. Тот же *принцип наилучших интересов* требует от заместителя делать то, что представляется почти невозможным: оценить, что же является наилучшим для другого человека. Кроме того, он не учитывает факт, что интересы пациента и интересы заместителя могут находиться в конфликте. Не все заместители могут преодолеть их собственные интересы.

*Принцип рационального выбора* предполагает, что мы могли бы знать, что пациент выбрал бы, будучи компетентным и рассмотрев каждый релевантный фактор. Это – очень сомнительное допущение. Мы сомневаемся, что кто-нибудь может знать, что человек сделал бы в тех обстоятельствах. Среди других вещей, мы вообще не знаем, какое относительное значение пациент придал бы интересам других. Практически, принцип рационального выбора, вероятно, ведет к выбору, который, принимая всё во внимание, заместитель считает наилучшим. Трудность задачи иллюстрируется следующими случаями.

Жена стоит перед перспективой мужа, который навсегда останется в вегетативном состоянии или в значительной степени инвалидом, требующим постоянного ухода дома, если лечение будет проводиться. Если лечение не проводить, он умрёт в течение года.

Сын, который желает получить наследство как можно скорее, должен решить, следует ли предоставить его отцу медицинский уход, который продлит жизнь в течение ряда лет, даже если отец не будет знать, где он или кто он – большую часть времени.

Мать стоит перед решением, лечить ли серьезно деформированного и сильно отстающего младенца, который никогда не будет узнавать ее и вести себя так, отличаться немногим от домашнего животного, на протяжении многих лет.

Во всех этих случаях мотивы смешаны, а выбор мучителен. В то время как все мы осудили бы сына за позволение отцу умереть, чтобы получить скорее наследство, мы также понимаем, что и жена в первом случае и мать в третьем имеют законные интересы и дела. *Принцип наилучшего интереса*, который требует, чтобы они игнорировали свои дела, кажется, требует нечто неразумное, если не невозможное. *Принцип рационального выбора*, с другой стороны, является приемлемым, но создает опасение, что мы откроем ящик Пандоры зла. Принцип клина появляется снова. Мы поставлены перед вопро-

сом, будет ли принцип рационального выбора вести заместителей к нарушению, но уже не автономии, а права пациента на лечение или даже на жизнь.

Введение этических комитетов может обеспечить больше консультации работникам здравоохранения и даже заместителям, но это не решает проблемы суррогатного принятия решения, так как этические комитеты, за исключением законного делегирования, не имеют законных полномочий, чтобы принимать решения. В этическом отношении, комитет мог бы, возможно, занять место заместителей только временно и если бы имелось доказательство, что заместители не следовали одному из одобренных принципов принятия решений заместителем. Даже в этих случаях, однако, необходимо добиваться распоряжения суда как можно скорее. В любом случае, мы нуждаемся в большем опыте с этическими комитетами, который практически отсутствует в России, их составлением, и ценностями перед принятием любой окончательной позиции относительно них.

## **2.6. Отдельные проблемы.**

### ***2.6.1. Проблема качества жизни***

Врачи и другие поставщики медицинских услуг, применяя "принцип показаний", могут и на законном основании должны выносить суждения относительно выгод и трудностей медицинского, связанного с уходом за больным или с искусственной вентиляцией лёгких, обслуживания, или его упущения. Оценка качества жизни получает другой статус, когда там есть суждение относительно ценности и значения самой жизни. "Принцип показаний" запрещает профессионалам здравоохранения принимать решения, касающиеся качества жизни, относительной ценности людей или их жизней, как выходящие за пределы их компетентности. Таким образом, медсестра может в этическом отношении судить, что данное вмешательство по уходу за больным ухудшит состояние пациента. Однако наука по уходу за больным не разрешает суждение, что лечение не следует проводить, потому что эта индивидуальная жизнь больше не стоит проживания. Это особенно является истинным в плюралистическом обществе, в котором нет никакого социального согласия относительно таких вопросов. В главе о смерти и умирания, мы коснемся связанного с этим вопроса о том, является ли данная жизнь человеческой жизнью.

К сожалению, в мире недостаточных ресурсов придет время, когда общество и его инструмент, правительство, должно принимать, по крайней мере, минимум решений, которые косвенно оценивают, что стоит в денежном выражении жизнь и здоровье. Общество, по крайней мере, должно будет решить, сколько оно будет платить, чтобы сохранить жизнь или обеспечить здравоохранение. Увеличивающаяся стоимость здравоохранения, в конечном счете, вынудит общество делать оценку, чтобы ограничить благо, которое

профессионалы здравоохранения могут делать, поскольку она ограничит компенсацию, которую они получают за это. Это будет обсуждаться в главе 3, о справедливости в распределении здравоохранения. Здесь мы подчеркнем некоторые из проблем ценности, которые суть иные, чем справедливость.

В самом начале главы, мы подчеркнули, что индивидуальный человек является благом самим по себе, а не благом просто потому, что он полезен для общества или другим. Короче говоря, люди ценны, потому что они люди, а не потому, что они производят что-то. Мы должны, однако, спросить, что делает биологическую жизнь ценной для человека. Простое растительное или животное существование, конечно, не является ценным человеку без квалификации. Этот вопрос будет рассматриваться в главе о смерти и умирании. Мы должны также стать перед вопросом о том, имеет ли ценность человеческая жизнь, которая обладает потенциалом для индивидуальности. Мы рассмотрим тот вопрос в главе об аборте. Все эти проблемы болезненны именно потому, что мы не имеем согласия сообщества относительно ценностей. В то же самое время, они - определяющие проблемы, потому что касаются того, что всегда рассматривалось основными ценностями.

### **2.6.2. Профессиональная власть и благожелательность.**

Авторы по этике здравоохранения (Kass, 1983; Pellegrino и Thomasma, 1981) подчеркивают этические обязательства, которые проистекают из взаимоотношения с неравным распределением власти между пациентом и профессионалом здравоохранения. Существует потребность коснуться этого неравенства фактически. Имеются бесспорные свидетельства, что все отношения между профессионалами здравоохранения и их пациентами включают некоторые проблемы власти и территории (Rosenthal и др., 1980). Это не имело бы места в совершенном мире, где и принцип автономии и принцип милосердия соблюдались бы совершенно, и где сострадание поставщика медицинской услуги преодолело бы все раздражения, которые он испытывает от пациента. В реальном мире, и на ежедневной основе, искушение использовать власть для собственного удобства и комфорта, реально и постоянно присутствует. Мы включаем несколько примеров злоупотребления властью, чтобы иллюстрировать тип этической проблемы, который обычно не обсуждается. В качестве примеров, следующие общие злоупотребления властью не нуждаются ни в каком комментарии.

1. Чтобы максимизировать доход, врач планирует трех пациентов в течение того же самого времени. Если они все приходят, два из них должны ждать и, таким образом, тратить своё время ради удобства врача. Так день проходит, ожидания становятся более долгими, до трёх или четырёх часов. Большинство пациентов слишком запугано, чтобы жаловаться, допустим, в одиночку выставить счет врачу за их потерянное время.

2. Медсестра, зная, что хирург-ортопед привык действовать быстро, использует горячую воду в подготовке гипсовой повязки, так как это ускоряет вре-

мя схватывания. Она игнорирует факт, что это также делает гипсовую повязку очень горячей и неудобной, особенно для детей с чувствительной кожей.

3. Пациенту говорят, чтобы он снял всю его одежду, надел хлопчатобумажную пижаму, и ждал врача в холодном смотровом кабинете. Два часа спустя доктор появляется, не делая никакого оправдания или не давая никакого объяснения за причиненные неудобства.

4. Врач маленького города сообщает пациентам, что он никогда не будет лечить их снова, даже в аварии, если он когда-либо услышит, что они пошли на прием к новому доктору в городе.

5. Пациент не вымывает себя, когда его просят об этом. Медсестра наказывает его, ожидая 20 минут, чтобы ответить на звонок обращения пациента.

6. Администратор выдворяет родственника из палаты пациента, потому что родственник делает медсестру нервной, когда она измеряет пациенту пульс и температуру.

### **2.6.3. Конфликты интереса.**

*Фактический конфликт* интереса существует, когда поставщик медицинской услуги подчиняет интерес пациента, включая финансовый интерес, интересам врача или другого поставщика медицинской услуги или третьего лица. Долг перед пациентом запрещает фактические конфликты интереса. *Потенциальный конфликт* интереса существует, когда благоразумные люди подозревают, что поставщик медицинских услуг будет соблазнен возможностью подчинить интерес пациента. Потребность в защите репутации профессии запрещает большинство потенциальных конфликтов интереса. Мы будем говорить по поводу исключений ниже.

Таким образом, может иметься подозрение, когда врач прописывает и продает рецептуру пациенту. То же самое можно сказать, когда врач владеет аптекой, магазином, который продает медицинские средства, или домом для престарелых (частной лечебницей), или частной больницей. Некоторые подозревают конфликты даже тогда, когда врач владеет большой долей акциями в таких предприятиях.

Потенциальные конфликты интереса следует вообще избегать, но они могут в этическом отношении допускаться, когда предприятия, связанные с врачом фактически назначают цену ниже.

## ГЛАВА 3. ПРИНЦИП СПРАВЕДЛИВОСТИ.

### Введение.

В этой главе мы попытаемся установить принципы для распределения материальных благ и услуг, уделяя особое внимание здравоохранению. Мы зададимся вопросом, каким принципам должно следовать общество в попытке справедливого или, по крайней мере, приемлемого распределения благ, необходимых для сохранения достоинства индивидуального человека. Это, в значительной степени, – вопрос социальной справедливости, поскольку принципы справедливости управляют скорее обществом, чем индивидуумом. Это является истинным, потому что, в конечном счете, только общество в целом в состоянии осуществить справедливое или честное распределение так, чтобы было сохранено достоинство каждого индивидуума.

В самом начале мы должны понять, что распределение касается ограниченных, или недостаточных, ресурсов. **Под ограниченными ресурсами мы понимаем ресурсы, спрос на которые превосходит предложение.** Другими словами, говоря о распределении, необходимо говорить о *рационировании*, или *нормировании*. В первой части этой главы мы будем касаться не только теорий, управляющих распределением медицинских услуг, но и распределения других благ, как, например, одежды, образования, продовольствия и жилья, а также безопасности и возможности работать. Распределение всех этих базисных благ, которые часто бывают в недостаточном предложении, должно рассматриваться на основе всех потребностей и достоинства членов общества.

### 3.1. Справедливость, достоинство, и дефицит.

#### 3.1.1. Дефицит и распределение.

Любая теория распределения должна сталкиваться с несколькими этическими и практическими проблемами. *Во-первых*, необходимо уважать достоинство индивидуума и законные права, которые из него вытекают. *Во-вторых*, потребность – основа для права индивидуума на любое базисное благо. *В-третьих*, любая система должна допустить некоторое неравенство в распределении, признавая неравные вклады. *В-четвертых*, любой стандарт распределения будет иметь экономические и политические последствия, которые будут влиять на развитие и даже выживание общества.

**1. Метод распределения должен признавать достоинство индивидуума.** Это означает, что мы должны избегать патернализма и уважать право индивидуума, делать ошибки. Несмотря на то, что всегда имеется соблазн утверждать, что каждый должен есть определенные продукты питания или быть защищенным некоторым способом, и даже предписывать, сколько медицинского обслуживания человек должен потреблять, является фактом, что люди имеют разные потребности и вкусы. Это – результат не только различий в биологических и социальных потребностях, но также различий в членстве подгруппы и индивидуальных выборах. Как только индивидуальный выбор, автономия подгруппы и индивидуальные различия оценены в обществе, они должны учитываться при распределении базисных благ.

**2. Основой права на базисные блага должна быть потребность индивидуального человека.** Хотя потребности, может быть, трудно определить точно в каждом случае, и они могут иметь источник или в самом индивидууме или в его социальном положении, игнорирование индивидуальности и неравных человеческих потребностей является равносильным пренебрежению человеком. Например, профессиональный боксёр в тяжелом весе нуждается в большом количестве калорий, чем 50-килограммовый секретарь, а последователь учения "христианская наука" будет, вероятно, нуждаться меньше в общепринятом медицинском обслуживании, чем православный христианин. Потребности человеческого достоинства – потребности индивидуальных лиц, в которых это достоинство пребывает.

Несмотря на эту настойчивость в отношении индивидуальной потребности, ясно, что потребности растут и, таким образом, создают всегда увеличивающиеся запросы к обществу. Беспокойный человек всегда обнаруживает новые и лучшие способы удовлетворить потребность в защите, продовольствии, образовании и здравоохранении. Каждое новое изобретение создает запрос или потребность в себе, а полноценное участие в жизни общества часто требует доступа к этим новым изобретениям. Мы должны будем, затем, проводить различие между потребностями и желаниями в фактических обстоятельствах данного общества, чтобы адекватно понять реальные запросы человеческого достоинства.

**3. Хотя распределение должно основываться на потребности, общество должно понимать, что вклад необходимо вознаграждать, чтобы мотивировать людей вносить свою лепту в общество.** Любое общество, в конечном счете, обнаруживает, что оно должно допустить некоторое неравенство в распределении, чтобы мотивировать людей делать вклады в общество. В обществах, в которых отсутствует признание вклада, через производительность ли или участие, устанавливается стагнация и всем от этого становится хуже.

Экономический вклад – не единственная форма вклада. Индивидуумы делают ряд политических и социальных вкладов. Все эти вклады должны быть взвешены в честной и благоразумной теории распределения. Например, социальное обеспечение бывших военнослужащих образовательными выгодами, больницами, планами страхования и другими программами призвано



вознаградить тех, кто служил в армии. Эти льготы призваны служить наградой за службу и стимулом к ее продолжению. Политическое и социальное здоровье общества зависит непосредственно от непрерывных вкладов в ключевых областях общества.

4. В заключение, **необходимо оценивать экономические и политические последствия любой системы распределения ради сохранения общества.** Достоинство индивидуума может быть определено и подтверждено только внутри общества. Потребность индивидуума в обществе – основа для права и обязанности общества защищать себя от таких проблем как политическое волнение и экономическая неустойчивость. Чтобы делать это, общество имеет некоторые потребности, как, например, потребность в силе, чтобы защитить себя от восстания и вторжения, или во власти, чтобы обеспечить исполнение правил, которые сохраняют экономическую систему. Эти заботы отличаются от забот индивидуума и должны решаться политической властью конкретного общества. В действительности, общество имеет обязанность перед индивидуумом поддерживать общественное благо.

### **3.1.2. Понятие справедливости.**

С одной стороны, смысл или основное значение справедливости является до некоторой степени простым. **Справедливость имеет дело, в различных аспектах, с распределением благ и тягот, товаров и услуг согласно справедливому стандарту.** Однако определение того, каков именно этот стандарт, ставил в тупик и озадачивал людей в продолжение веков.

*а. Типы справедливости: относительная и безотносительная справедливость.*

Существует два типа справедливости.

Согласно относительной справедливости, что получает индивидуум или группа, определяется при помощи сопоставления конкурирующих притязаний других людей или групп.

В относительной справедливости, что получает индивидуум, определяется на основании условий или потребностей индивидуума, и тем, как его потребности относятся к подобным потребностям других индивидуумов в обществе. Так, один человек может нуждаться в почечном трансплантате в большей мере, чем другой, так как первый умирает от почечной недостаточности, в то время как второму только что поставили диагноз как имеющему почечную болезнь. *Цель относительной справедливости – сбалансировать потребности индивидуальных лиц, участвующих в соревновании по поводу того же самого ресурса.*

Безотносительная справедливость устанавливает распределение благ или ресурсов на основании стандарта, независящего от притязаний других.

Здесь мы имеем *принцип распределения*, а не оценку особенностей случая или потребностей индивидуальных лиц. Хорошими примерами безотносительных стандартов является распределение согласно практике строгого численного равенства или попытка предоставлять терапии, основываясь на законодательно установленном анализе затрат и результатов, а не потребностей пациента. ***В безотносительной справедливости выделение, распределение или лечение определяются принципом, а не потребностью.***

*в. Принципы справедливости: формальный и материальный.*

Аналогично, есть два базисных принципа справедливости: формальный и материальный.

Формальный принцип справедливости определяет процедуру, которой нужно следовать в выделении благ или распределении тягот.

*Традиционный принцип справедливости* восходит к греческому философу Аристотелю: **к равным людям следует относиться равно, а к неравным – не равно.** Или, если его иначе сформулировать, **каждому – ему принадлежащее.**

Формальный принцип справедливости является *безотносительным* в том смысле, что он устанавливает правило, которым должно измеряться распределение. Он предлагает стандарт, независимый от потребностей или индивидуумов. Однако правило не сообщает, как мы устанавливаем, что определяет к равенству или неравенству. То есть, относительно какого стандарта является кто-то равным или неравным? Что является в моральном отношении важным в нашем определении равенства и неравенства? *Сила формального принципа справедливости в том, что он дает нам ясное правило; его главный недостаток в том, что он не определяет моральное содержание.*

Чтобы справиться с проблемой прикладных программ, были изобретены материальные принципы справедливости.

Материальный принцип справедливости устанавливает некоторое релевантное качество, или критерий, на основе которого может быть произведено распределение.

Таким образом, материальные принципы справедливости обычно, хотя не всегда, являются относительными в том смысле, что они учитывают потребности, или условия, и на этой основе определяют, что делать.

Поясним это, сравнив несколько из таких материальных принципов справедливости.

- Первый – **безотносительный материальный принцип «каждому равная доля».** Стандартом является строгое численное равенство, и каждый добивается этого, деля то, что следует распределить, на число фактических получателей.
- Второй – **распределение согласно индивидуальной потребности.** Здесь принимают во внимание специфические потребности индивидуальных

лиц и оценивают их, одно против другого. Этот принцип справедливости является, очевидно, **относительным**.

- Третий – **распределение согласно социальной ценности**. Он также является **относительным** принципом. Критерии социальной ценности идут за пределы потребностей и оценивают статус индивидуума, или его фактический или потенциальный вклад в общество.
- Заключительная форма материальной справедливости, которая также является **относительной**, есть **распределение согласно индивидуальному усилию**. Этот критерий не принимает во внимание достоинства индивидуума, но учитывает, что он предпринимал и его усилия для реализации этого. Чем выше усилие, тем больше награда.

Каждый из этих принципов имеет свои плюсы и минусы, поэтому был предложен средний путь. Этот метод распределения подчеркивает формальное равенство, но видоизменяет его, используя равенство возможности, а не одну из сравнительных форм справедливости. Этот метод распределения – **рандомизация**<sup>55</sup> **или посредством лотереи или посредством выделения индивидуумам, по мере того как они приходят.**

Очевидная выгода этого метода в том, что он твёрдо защищает наш интуитивный смысл уважения людей. То есть, рандомизация обеспечивает формальное правило распределения, которое не вынуждает нас делать оскорбительные и потенциально вредные выборы между людьми, основанные на предположениях относительно их социальной ценности. Индивидуумы сохраняют своё достоинство, поскольку к ним будут относиться честно (справедливо) при наличии равенства возможности. В заключение, такая система поможет поддерживать доверие между медицинским персоналом и пациентом. Пациент благодаря такой системе зависит не от милосердия пристрастных отношений учреждения или отдельных личностей, а скорее знает, что его будут лечить справедливо (честно).

С другой стороны, этот стандарт не имеет дело с некоторыми важными вопросами. Во-первых, должен ли существовать некий медицинский экран, через который следует пройти перед вводом в программу рандомизации? Во-вторых, должно ли учитываться чьё-либо состояние или вероятность пользы? То есть, если пятнадцатилетний с большей вероятностью извлечет пользу от процедуры, чем восьмидесятилетний, должен ли восьмидесятилетний иметь равную возможность на лечение? В-третьих, этот способ распределения предполагает бесконечное обеспечение ресурсами, при этом единственным релевантным критерием является равенство возможности, а не уместность выделения ресурса или медицинского вмешательства.

### **3.1.3. Социальные приоритеты: макрораспределение.**

Политические и экономические факты вынуждают нас признать, что стоимость базисных благ, включая здравоохранение, должна приниматься во

---

<sup>55</sup> Рандомизация от *глагола* randomize – уравнивать вероятность.

внимание, когда имеют дело с недостаточными ресурсами. Нельзя просто сказать, что стоимость не должна учитываться только потому, что неприятно заниматься этим. Здесь, как в любом другом месте, базисная дилемма оружия или масла остается важной. Никакое общество не может предоставить всем то, в чем каждый нуждается, уже не говоря о том, что каждый желает. Точно также как должны учитываться политические соображения, чтобы предотвратить опасность революции, должны приниматься во внимание экономические соображения, чтобы предотвратить разрушение экономики.

Не может быть никакого общего права на самое лучшее, что может предложить общество, потому что в эру недостаточных ресурсов (которая вероятней всего будет нашим постоянным условием) общество уничтожило бы себя, если бы оно пыталось предоставлять своим членам самое лучшее из каждого материального преимущества.

Нормальная теория распределения, затем, должна предусмотреть приоритеты и систему распределения ресурсов, которые, по крайней мере, упорядочивают ожидания в свете того, что политически и экономически возможно. Обращение к таким нормам, как равенство или равенство возможностей, бесполезно, если некоторых благ нет в наличии, и никогда не будет в наличии в достаточном количестве, чтобы хватило на всех, или если такие обращения к равенству определяют их условия способами, враждебными обществу.

Так как наша способность осознавать и решать социальные проблемы, включая проблемы здоровья, развивается, поскольку наше политическое понимание таких проблем улучшается, и поскольку изменяется наша экономическая способность удовлетворить человеческие потребности, мы будем вынуждены время от времени пересматривать наши этические решения и обязательства.

#### **3.1.4. Микрораспределение: индивидуальное и институциональное<sup>56</sup> рacionamento.**

Сбалансированное распределение не является результатом усилий одного общества. Индивидуум, также как профессионалы здравоохранения и учреждения, должен участвовать в диалоге. То есть на распределение медицинского обслуживания влияют не только политическими и социальными решениями, но также и микрораспределением.

Хотя общество может управлять макрораспределением, индивидуумы – непрофессионалы и профессионалы – также как учреждения типа частных лечебниц и больниц, глубоко вовлечены в микрораспределение на каждодневной основе. И пациент, и профессионал здравоохранения заняты в сортировке больных или, по крайней мере, распределением их времени и энергии. Больницы и учреждения здравоохранения сталкиваются с решениями по рационированию на основе своих ресурсов и способности пациента платить.

---

<sup>56</sup> **Институциональный** – связанный с социальными институтами, имеющий отношение к ним.

Все эти группы имеют большое влияние на то, какое медицинское обслуживание предлагается индивидууму, но их влияние ограничено макрораспределением общества.

*а. Микрораспределение: сортировка раненых или больных и поставщик медицинской услуги.*

Термин «сортировка раненых или больных» возник в военной медицине, в которой он относится к процессу сортировки больных и раненых солдат на основе безотлагательности и типа проблемы, чтобы они могли быть направлены в соответствующее лечебное учреждение.

Правила сортировки раненных для экстренной хирургии во время боевых действий предусматривают:

- отдавать первое предпочтение легко раненым солдатам, которые могут быть быстро возвращены в строй;
- во вторую очередь помощь предоставляется более серьезно раненым бойцам, которые нуждаются в непосредственном лечении;
- безнадежно раненых солдат лечат в последнюю очередь.

Сортировка раненых или больных может использоваться и для определения очередности лечения в условиях катастроф и в отделениях неотложной хирургии.

*В бедствии*, например, применяются правила подобно следующему:

- отдайте первое предпочтение тем, кто нуждается в лечении, чтобы остаться в живых;
- во вторую очередь предоставьте лечение тем, кто выживет и без него;
- и в последнюю очередь занимайтесь теми, кто не выживут даже с лечением.

Сортировка раненых или больных *отделения неотложной хирургии* может предоставить дополнительные различия.

- В первую очередь лечение могло бы предоставляться тем, кто имеет угрожающие жизни состояния, которые, если их не лечить немедленно, вызовут серьезное физическое повреждение. Отделения неотложной хирургии могут вполне помещать третью по приоритету военную группу в эту первую позицию, даже притом, что они не оправятся от лечения.
- Вторыми приходят те, кому потребуются лечение в пределах от 30 минут до двух часов прежде, чем будет иметь место угроза серьезного физического повреждения.
- В конце находятся те, кто во время обследования не являются критическими и не требуют лечения, чтобы остаться в живых.

Военная сортировка раненых или больных и любая другая сортировка раненых или больных, основанная не на индивидуальной потребности, а на социальных интересах, могли бы очень различаться. В военной сортировке раненых или больных отдается приоритет благу группы перед благом индивидуума, так что вклад, сделанный индивидуумом в группу, а не потребность индивидуума делается главным критерием. Так, когда во время Второй ми-

ровой войны пенициллин имелся в недостаточном количестве, его давали сначала солдатам с венерическими болезнями, а не раненым солдатам. Солдаты с венерической болезнью могли бы быть возвращены в бой намного быстрее, чем раненые.

Поскольку большинство сортировок раненых или больных выполняется в случае аварии или кризисной ситуации, они обычно (и правильно) игнорируют все, кроме медицинских показаний и блага индивидуального пациента. Хотя сортировка раненых или больных отделения неотложной хирургии иногда игнорирует медицинские показания, когда она лечит безнадежного пациента, это – отражение социальной веры в волшебство медицины, которая внушает, чтобы никто не остался без помощи и что все возможное должно быть сделано.

Мы можем ожидать, что современные методы сортировки раненых или больных в чрезвычайных ситуациях изменятся. Действительно, финансовые факторы делают общество осведомленным, что мы не можем позволить себе использовать ресурсы там, где может быть получен отрицательный результат. Финансовые факторы и другие соображения, включающие осознание пределов здравоохранения, в настоящее время разрушают убеждение, что никто не останется без помощи и что все возможное должно быть сделано.

Действительно, мы можем даже наблюдать пониженный приоритет, установленный тем, кто имеют угрожающее жизни состояние, но маленький (или никакой) вклад в общество. Например, следует ли отказать в диализе диабетикам, если они алкоголики и бездомные? Это – потрясающая мысль, потому что она включает оценку ценности человеческой жизни в терминах социальной полезности; то есть это – вопрос создания социальных инвестиций, которые будут давать наилучшую отдачу. Все же этот тип суждения может стать фактом жизни, поскольку общество вынуждено больше учитывать эффективность при ограничениях дефицита.

### *б. Микрораспределение: институциональная сфера.*

Учреждения здравоохранения разделяются на **прибыльные группы** и **бесприбыльные группы**. **Бесприбыльные группы** могут быть далее подразделены на группы, которые **управляются государством**, и группы, которые **управляются добровольными ассоциациями**. Они, в свою очередь, могут быть классифицированы как **неспециализированные районные больницы** или **специализированные учреждения**, специализирующиеся только на одной болезни или даже на отдельном классе пациентов. Так как каждая стоит в различных отношениях к обществу, их дистрибутивная (распределительная) этика отличается.

**Прибыльные учреждения**, понятно, действуют на основании теории права на обладание (entitlement theory) и, на современной стадии истории, это правильно постольку, поскольку они не претендуют делать большее. Или, чтобы выразить это другим способом, внутри социально одобренной рыночной экономики они как учреждения являются этичными, когда они берут тех, кто может оплатить, и отказывают тем, кто не может.

**Принадлежащие государству и управляемые им общие (неспециализированные) больницы** должны быть открытыми для всех. Эти больницы оплачиваются из нецелевых фондов и должны быть для блага всех граждан, но приоритет должен быть дан экономически приносящим ущерб при условии, что те, кто имеет страхование здоровья или достаточно богаты, могут получить услуги в другом месте. Правительственные больницы для специализированного населения, типа управляемых Союзом ветеранов, должны распределять в пределах их целей. Все это предполагает, что общество достигло некоторого согласия на уровне потребности, и каким образом эти потребности будут удовлетворяться.

**Частные, благотворительные, бесприбыльные** группы – более сложный вопрос. Они не получают свои фонды из нецелевых фондов общества, но они имеют специальные привилегии типа свободного от налога статуса. Коротко говоря, благотворительные, бесприбыльные больницы обременены общественным интересом, потому что они получают поддержку и доход, и от правительства и от их общин. Они также получают многое из их дохода от правительственных программ и от других освобожденных от налога учреждений. Эти больницы, кроме того, испытывают такое большое участие со стороны местной общины, что они имеют специфические отношения и возможно обязательства перед этой общиной.

Некоторые **специализированные благотворительные больницы типа больниц в академических медицинских центрах** часто отдают предпочтение "интересным случаям". Это вызвано тем, что такие случаи являются особенно важными для обучения практикующих врачей и увеличения знания в данной области. Это – распределение на основе потенциального вклада в общество, а не только на основе потребности пациента.

### *с. Экономическое измерение на институциональном уровне.*

Поставщики медицинских услуг, или индивидуумы или учреждения, – не благотворительные учреждения, которые могут обеспечивать все услуги безвозмездно. Те учреждения, которые получили государственные суммы денег для определенных целей, например, строительство, юридически обязаны безвозмездно заботиться о некотором количестве бедных. Это обязательство, однако, не требует безвозмездного лечения всех нищих пациентов. Потребности нуждающихся неимущих людей скоро разорили бы ресурсы любого благотворительного учреждения здравоохранения. Экономика, тогда, становится центральным фактором в институциональной политике распределения.

До настоящего времени, общество разрешало экономическим соображениям вступать в микрораспределение на институциональном уровне. Чтобы предотвратить, чтобы такие соображения не оказывали влияние на преобладание решений в сторону «входной платы», общество разрешило дифференцированную оценку. Например, больницам позволили назначать большую плату одному классу пациентов, чтобы это могло бы субсидировать обслуживание неимущих пациентов. Изменения в том, как медицинские счета оплачиваются, типа плательщиков от третьего лица (например, «Синий

Крест»<sup>57</sup>), сделали такие попытки переложить экономическое бремя неэффективными. Следует выработать новые механизмы, чтобы охватить всех, не имеющих средств оплатить медицинские услуги, идя на встречу нуждам учреждений, предлагающим медицинское обслуживание. Общество стоит перед проблемой, в какой степени требовать от учреждения здравоохранения заботиться о неимущих пациентах без компенсации, и в каком объеме общество оплатит обслуживание тех, кто не могут оплачивать услуги. Короче говоря, мы возвращаемся к проблеме макрораспределения. В конечном счете, проблемы не могут быть решены на институциональном уровне без обращения к социальному уровню.

#### *d. Распределение ресурсов пациентом.*

Пациент должен принять решение относительно распределения своих ресурсов между всеми своими потребностями, включая нужды семьи. Например, родитель под 65 лет без медицинского страхования и никакого права на общественные фонды должен будет решить обращаться ли с ребенком к врачу или в больницу. Он должен учитывать при этом не только медицинское состояние ребенка, но также и потенциальный экономический ущерб семье, который могли бы причинить, возникающие в результате счета. Пациенты уже ограничиваются экономической и социальной организацией здравоохранения и принимают решения по поводу распределения на основе тщательных вычислений результатов и затрат. Другими словами, родитель должен спросить, «болен ли ребенок в достаточной мере, чтобы оправдать оплату врача или проблема получения медицинской помощи пройдет сама собой?» Неопределенность и компромиссы в этом решении настолько неподатливы, что, кажется, нет никаких ясных этических принципов для индивидуума за исключением того, что все релевантные факторы должны быть рассмотрены в контексте макрораспределения обществом ресурсов.

### **3.2. Макрораспределение: теории и их пределы.**

Существует множество теорий, предложенных для решения проблемы распределения. Большинство этих теорий не оправдывает ожиданий, потому что они игнорируют один, или большее количество факторов действительности, которые мы перечислили в начале главы. Мы рассмотрим несколько из этих подходов (справедливость как право на обладание (entitlement), как равенство, как честность, как основанная на потребности, как основанная на правах, и как полезность) как примеры некорректных теорий, каждая из которых, однако может научить нас чему-нибудь относительно природы справедливого распределения.

---

<sup>57</sup> «Синий Крест» (Общество Синий крест) – протестантская секта.



### **3.2.1. Эгалитарная (уравнительная) справедливость.**

Эгалитарные теории справедливости требуют равного распределения благ в обществе или, по крайней мере, распределение на основе равной возможности. Эти теории обращаются в известном смысле к факту, что каждый человек является по природе благом, и, таким образом, равным любому другому человеку.

Апелляция к фундаментальному равенству людей звучит хорошо, но является абстрактной и, следовательно, легко вводящей в заблуждение. Она обходит факт, что человеческие потребности не равны и, следовательно, если достоинство каждого человека должно быть защищено, эти потребности должны быть удовлетворены неравными способами. Например, равное распределение товаров настоящим бесхитростным способом вело бы к тому, что каждый получал одинаковый товар, нуждался ли он в нем или нет, и хотел бы он его или нет. Это оставляло бы некоторым слишком много, а другим недостаточно, чтобы защитить их жизнь и достоинство. Такое игнорирование фактических потребностей индивидуумов не только отрицает достоинство личности, но фактически делает общество бессмысленным.

Равенство возможности часто приводится в качестве правильного способа справедливого обеспечения человеческого равенства, но это также ведет к мерам, которые не признают достоинство уникальных личностей. Неспособный к обучению ребенок может иметь ту же самую возможность идти в школу, как здоровый ребенок, но неспособность к обучению будет делать невозможным для него воспользоваться преимуществом от этой возможности одинаковым образом. Равная возможность бессмысленна, если индивидуумы не имеют таланта и силы пользоваться данной возможностью. Короче говоря, попытка защищать базисное равенство, требуя равенства распределения, может уничтожить базисное равенство, потому что она игнорирует неравенство потребностей.

Дополнительная проблема с этими схемами распределения состоит в том, что они не учитывают проблемы дефицита. Если нет достаточного количества, чтобы одинаково хватало на всех, и предоставлять всем приличный базисный минимум, то все, за исключением самых здоровых или наименее нуждающихся, будут страдать. В контексте дефицита ресурсов, попытка обеспечить равенство вела бы к гибели тех индивидуумов, которые имели бы большие потребности.

Эти эгалитарные теории также игнорируют факт человеческого эгоизма. Некоторые люди будут проявлять активность, чтобы произвести излишек, только при условии, что им дают большую долю из благ общества. Если эгалитаризм уничтожит систему вознаграждения, которая признает эгоизм как сильный фактор в человеческой жизни, он может создать общество, в котором дефицит ресурсов фактически увеличится. Это вызовет не только экономическую проблему, но также и политическую, поскольку станет ясной неспособность общества обеспечить своих членов.

### **3.2.2. Справедливость как право на обладание.**

Согласно справедливости теории права на обладание, блага должны быть распределены в соответствии с системой контрактов, и единственными требованиями справедливости являются требования, окружающие значение и выполнение тех контрактов. Пока человек не имеет действительного и обеспечаемого применением юридической санкции контракта, устанавливающего право на благо, типа медицинской услуги, он не имеет никакого права на него. Действительный договор включает соглашение юридически компетентных лиц о вознаграждении (компенсации) – то есть в отношении чего-либо ценного.

Система права на обладание обнаруживается в такой экономической рыночной системе, которая существует в Соединенных Штатах. (В России в настоящее время имеет тенденция привить эту систему на нашей почве.) Если человек не может оплатить что-либо или иметь контракт на него, он не имеет никакого права на это. В самом простом случае, это подразумевало бы, что, если Вы не могли бы оплатить ваше медицинское обслуживание или не имели бы медицинского страхования (компания, обусловленной договором оплатить ваше медицинское обслуживание), Вы справедливо не получите никакого медицинского обслуживания вообще. Так как теория права на обладание является очень важной в рыночной экономике, а рынок существенно влияет на нашу жизнь, то часто первым приходит на ум именно справедливость в смысле права на обладание.

Справедливость теории права на обладание, однако, оскорбляет наши общие моральные чувства по некоторым важным пунктам. Наиболее важным, для наших целей, является тот, что кажется неправильным, что человеку не дают некоторые базисные социальные блага, как, например, жилье, продовольствие или медицинское обслуживание, потому что не по собственной его вине, он не имеет какой-либо формы контрактного права на обладание ими. Мы склонны чувствовать, что достоинство даже некомпетентного или нищего человека требует, чтобы они получили, по крайней мере, базисные продовольствие, защиту, и медицинское обслуживание, даже если они не могут оплатить их. Действительно, мы потрясены, когда мы слышим о людях, спящих на нагреваемых решетках зимой, едящих из мусорных баков, или сваливаемых в общественной больнице и затем умирающих, потому что они не были приняты в ближайшей больнице. Мы чувствуем, что люди могут справедливо требовать блага на основе потребности. Так как это базисное благо, так или иначе, жизненно необходимо их достоинству и их существованию в этом обществе, они, по справедливости, должны получить его. Некоторые вещи более важны, чем способность платить.

Игнорируя потребность, теория права игнорирует достоинство или собственную человеку ценность, заменяя его контрактом. Следует заметить, что даже американцы никогда последовательно не следовали теории права на обладание во всех областях.

### **3.2.3. Теория «справедливость как честность».**

В теориях "справедливость как честность" (преимущественно Rawls, 1971<sup>58</sup>), делается попытка сбалансировать базисное равенство людей с неравенством их способностей и обстоятельств. С одной стороны, моральное равенство личностей защищается системой свобод, разработанных, чтобы гарантировать базисное политическое равенство всех граждан. С другой стороны, так как неравенство способностей и потребностей будет влиять на место индивидуума в обществе и его благосостояние, справедливость как честность допускает неравенства при условии, что любая модель неравного распределения оценивается из перспективы его влияния на наименее преуспевших людей в обществе.

Эти неравенства следуют из "естественной лотереи", которая распределяет такие факторы как генетический вклад, поддержка семьи, и движущие амбиции индивидуума. Эти естественные вклады будут влиять на экономический и политический успех, но они, по этой теории, преимущества или недостатки, которые являются незаслуженными. Следовательно, центральная забота системы распределения – нейтрализовать действие этой "естественной лотереи".

Подчеркивая влияние схем распределения на наименее удачливых людей, справедливость как честность объясняет при помощи нашей моральной интуиции здравого смысла, что человеческое достоинство требует, чтобы людям, не имеющим благоприятных условий, давалось специальное возмещение. Это приводит к заботе, чтобы социальные учреждения работали так, чтобы преодолеть результаты этой естественной лотереи, компенсируя естественные неравенства смягчением моделей распределения.

Наше возражение на справедливость как честность опирается на два основания. *Первое состоит в том, что принцип оценки любой схемы распределения действием на наименее преуспевших людей является опасно неопределенным.* Чье суждение, и какие критерии должны использоваться в оценке последствий для наименее преуспевших людей? Если преуспевшие должны быть судьями, справедливость как честность ставит лису во главе курятника. Настолько много схем распределения могут быть оправданы этим способом, что принцип никогда не предотвратил бы эксплуатации "имущими" "неимущих". Если, с другой стороны, должен судить не имеющий благоприятных условий, мы подвергаемся риску, что будут существовать неадекватные условия для экономического вклада, а также для лидерства и других долгосрочных политических интересов.

*Второе* возражение состоит в том, что справедливость как честность, в конечном счете, отрицает достоинство индивидуума. Конечно, имеют место факты, что естественные различия влияют на процветание человека и его удачу. Но также имеются доводы, что определение того, как эти различия влияют на человека, может легко привести к подчинению достоинства инди-

---

<sup>58</sup> Rawls John. A Theory of Justice. Cambridge, MA: Belknap Press of Harvard University Press, 1971. (Ролз Дж. Теория справедливости. – Новосибирск: Изд-во Новосиб. ун-та, 1995).

видуума удобству общества. Другими словами, когда общество пробует определять "не имеющих благоприятных условий", оно обслуживает собственный интерес или интерес человеческого достоинства? Как мы уже обосновали в первой главе, достоинство индивидуума строится частично на его уникальности, выраженной через личные выборы и предпочтения. Понимая реакцию общества на естественную лотерею как попытку преодолеть ее последствия, справедливость как честность подходит опасно близко к отказу от различий, подразумеваемых этими личными выборами и предпочтениями в пользу однородности, основанной на социальном удобстве. *Дать обществу полномочия определять, что квалифицируется как последствие естественной лотереи, а также власть исправлять эти неравенства, значит, дать обществу слишком много власти над выборами и предпочтениями индивидуума.*

Короче говоря, мы полагаем, что справедливость как честность придает слишком небольшой вес, и автономии индивидуума и проблемам патернализма. Она является ценной, однако, благодаря попытке включать, по крайней мере, первоначально, индивидуальные различия в систему справедливости. Она терпит неудачу в попытке сделать общество слишком организованным в результате преодоления этих различий.

### **3.2.4. Утилитаристский смысл справедливости.**

Утилитаристская теория распределения требует реализации наибольшего блага для наибольшего числа людей. Она включает калькуляцию последствий действия, считая удовольствия и выгоды положительными факторами, а страдания и лишения удовольствий отрицательными факторами. Эти факторы суммируются, и состояние дел с наибольшей общей суммой является подходящим положением дел. Утилитаризм – не теория справедливости или распределения, а теории общественного блага, в котором справедливость играет подчиненную роль. Справедливое распределение в утилитаризме содер­жало бы не больше, чем максимизацию выгод от товаров и услуг внутри общества.

Мы часто видим утилитаризм в работе в больших бюрократических организациях, которые создают правила, чтобы максимизировать благо организации. Эта процедура интуитивно привлекательна, и время от времени она – то, на что общество часто должно согласиться. Но она имеет серьезные этические ограничения.

Так как она имеет дело с совокупностями, утилитаризм теряет индивидуума. В такой системе, индивидуум имеет то, что мы могли бы называть достоинством только постольку, поскольку он имеет полезность для действия группы. Именно потому, что этическая теория в этой книге делает индивидуальную личность этическим центром, и видит общественное благо в качестве средства для блага индивидуума, утилитаристская концепция справедливости рассматривается с большим подозрением. Дальнейшая, и одинаково важная, критика утилитаризма состоит в том, что он создает ожидание,

что все проблемы могли бы быть решены. Однако нет никакой причины предположить, что человеческие возможности простираются так далеко. Трагический элемент присутствует в любой попытке удовлетворить потребности здравоохранения в условиях дефицита. Никакая человеческая система не может рассчитывать выполнить все, сделать распределение полностью справедливым, уменьшить все страдание. Утилитаризм прячет эту трагическую действительность в попытке рассмотреть благо как совокупность, в которой совокупное страдание просто перевешивается совокупным удовольствием.

### **3.2.5. Справедливость и потребности.**

Система справедливости, основанной на одной потребности, полагает, что справедливая система предоставляет блага своим членам просто на основе их демонстрируемой потребности и их неспособности удовлетворить ее самостоятельно. Индивидуум – исключительный центр этого смысла справедливости, и индивидуум понят в его уникальности, то есть в терминах его специфических проблем и возможностей. Например, потому что индивидуум имеет аллергию, он имеет потребность в специализированном лечении. Просто, потому что он имеет эту потребность, он имеет право лечиться. Если он не может получить лечение самостоятельно, индивидуум имеет право обращаться за лечением к более широкому сообществу.

Эта система имеет интуитивную привлекательность, но существуют две главные трудности. *Во-первых*, потребность – трудное понятие, чтобы его ясно определить. Каким образом каждый различает между *потребностями* и *желаниями*? Мы можем легко увидеть различие между человеком, который нуждается в лечении бронхиальной пневмонии, и другим человеком, который желает разглаживания морщин. Большинство проблем не так ясно различимо. Например, бедный человек, страдающий от корректируемой деформации, типа косолапости, нуждается в корректирующей хирургии или "просто" ее хочет? Должен ли быть на респираторе терминальный пациент в течение последних нескольких дней его жизни? Каждый ли подросток нуждается в фиксирующих устройствах (коловоротках) на его зубах? Эти вопросы глубоко связаны с проблемой определения здоровья и болезни, которую мы вкратце рассмотрим. Мы подчеркиваем, что потребности являются во многом также психосоциальными, как они являются биологическими, и различие между потребностями и желаниями – скорее различие степени и социальной оценки, чем вида.

*Во-вторых*, распределение, основанное на потребности, создало бы невозможный спрос на богатство и ресурсы даже для "богатого" общества, так как потребности имеют тенденцию возрастать при наличии средств их удовлетворения. Даже при абстрагировании от всех базисных благ за исключением здравоохранения, система здравоохранения, основанная исключительно на потребности разорила бы ресурсы любого общества. Когда мы учитываем все социальные блага, в которых мы нуждаемся, типа продовольствия, одежды, крова, защиты, общественной санитарии, транспортных средств и обра-

зования, становится ясно, что простая потребность не может быть единственным критерием справедливого распределения по той бескомпромиссной причине, что такое распределение невозможно.

*В-третьих*, потребности могут создаваться социальными обстоятельствами, в пределах от экзогенно<sup>59</sup> вызванных болезней до косвенных последствий плохого образования и жилья. Более адекватное и разумное распределение могло бы сосредотачиваться на причинах этих проблем, а не на медицинских последствиях. В последнем анализе, потребность, если ее можно определить ясно, должна быть основанием распределения необходимых благ, но несмотря на это она не может быть единственным основанием и, в ситуации дефицита, она не может быть удовлетворена полностью.

### **3.2.6. Теория прав о справедливости.**

Теории прав в отношении справедливости отстаивают право требования, или обоснованное требование, индивидуума на некоторые блага на том основании, что они необходимы для сохранения жизни и достоинства индивидуума. Эти права требования – к другим индивидуумам или обществу, и они налагают обязательства на других.

Теоретики общественного договора (социальные контракта) доказывают, что общество было создано, чтобы защитить права индивидуума от посягательства других. Все мы имеем, например, право на жизнь, которое все другие индивидуумы обязаны уважать. Но в естественном состоянии, до общества, нельзя было доверять другим, чтобы уважать право на жизнь, или любое другое право, и, таким образом, осуществление прав было сомнительным. Общество, согласно этим теориям, было изобретено, чтобы защитить права и обеспечить правовой санкцией ограничения и притязания, которые права воплощают. Таким образом, общество стоит позади нас, гарантируя, что другие не убьют нас, и мы вправе ожидать, что общество будет продолжать так делать.

Справедливость в теории прав может быть установлена рядом способов, в зависимости от того, как права интерпретируются. Некоторые теории прав основывают *справедливость на равенстве*, другие *на праве на обладание*, еще другие – *на потребностях*. Это означает признание, что, в то время как можно легко сказать, что справедливость удовлетворяется, когда каждый имеет свои права удовлетворенными, она является намного более сложной проблемой, чтобы описать то, какие эти права и каким образом мы их знаем. Формулируя это в терминах предыдущего параграфа, как справедливость в теории прав понимается, зависит в значительной мере от того, как права обосновываются.

---

<sup>59</sup> Экзогенный – внешнего происхождения, вызываемый внешними причинами.

## **Резюме.**

На наш взгляд, справедливость как распределение совершенствуется для удовлетворения требований человеческого достоинства в социальных обстоятельствах времени. Справедливость, таким образом, включает уважение человеческого достоинства, удовлетворение человеческих потребностей и признание человеческих вкладов внутри системы и способами, которые являются характерными системе.

### **3.3. Справедливость и здравоохранение.**

В этом отношении, мы развили некоторые общие нормы справедливого распределения. Чтобы суммировать коротко, любая справедливая система распределения должна уважать достоинство индивидуума. Этого добиваются, реагируя культурно подходящим способом, и на потребности и на вклады индивидуума. Структура и содержание справедливого распределения определяется практической мудростью общества, которая в свою очередь воодушевляется социальными целями, идеалами и традициями, а также величиной доступных ресурсов.

В этом параграфе, мы покажем, как эти общие нормы справедливого распределения могут быть руководством к оценке системы оказания медицинской помощи. Это предполагает описание, как здравоохранение служит достоинству индивидуума.

Чтобы облегчить оценку здравоохранения, необходимо обсудить такие базисные понятия как природа болезни и здоровья, пределы здравоохранения и связанных вопросов. Сначала, мы представим психосоциальную природу здоровья и болезни, так как распределение стремится к поддержке первого и предотвращению или исцелению второй. Во-вторых, мы обсудим пределы блага, которое мы называем здравоохранением. В-третьих, мы рассмотрим проблему распределения ресурсов между мерами общественного здравоохранения, которые являются в значительной степени профилактическими, и лечением индивидуумов, которое является в значительной степени лечебным. В-четвертых, мы обсудим концепцию адекватного обслуживания базисных потребностей. В заключение, мы начнем обсуждение распределения здравоохранения как удовлетворение базисных потребностей.

#### **3.3.1. Дефиниция здоровья и болезни.**

Начальный шаг в этой оценке включает понимание психосоциальной природы здоровья и болезни. Это требует сначала определения терминов и, во-вторых, указания, как изменения в этом определении могут влиять на то, что

ождается от системы здравоохранения. Мы здесь не пытаемся определить какое-либо специфическое состояние, но мы намереваемся показать, как социальные ожидания и привычки влияют на то, что мы воспринимаем, как имеющее значение. Что мы воспринимаем имеющим значение, находится в сути специфических состояний здоровья, и, таким образом, в конечном счете, определяет осознание обществом потребности в здравоохранении.

Здоровье и болезнь может быть понято только в терминах того, что воспринимается имеющим значение, потому что разговору о здоровье и болезни должно присваиваться привилегированное положение. Из глобальной биологической перспективы, нет никакого здоровья или болезни; имеются только различные организмы, конкурирующие за выживание способами, доступными им. Например, собака с блохами не больна, если Вы не проявляете заботу о собаке, которая дает собаке привилегированное положение. Если Вы растите блох, то блохи имеют привилегированное положение, и собака не больна вообще. Таким образом, подобно справедливости, хотя возможно более неожиданно, здоровье и болезнь может быть должным образом понято только в их социальном контексте.

Обращая внимание на социальный контекст дефиниций здоровья и болезни, мы не намереваемся отвергнуть научную природу многого из того, что делает вклад в здравоохранение. Мы просто думаем, что здоровье и болезнь не исключительно биологическое или физиологическое явление. Напротив здоровье и болезнь нагружено социальными и субъективными значениями также как объективными научными критериями. Действительно, наиболее научные соображения гнездятся внутри больших социальных и субъективных проблем<sup>60</sup>.

Эти социальные и субъективные соображения принимают несколько форм. Социальные условия влияют и могут управлять опознанием проблемы и, однажды опознав, их степенью серьезности. Другими словами, люди могут переносить симптомы болезни без того, чтобы когда-либо считать себя больными. Момент, с которого совокупность симптомов признается болезнью, значительно изменяется с социальным фоном<sup>61</sup>. Например, некоторые люди не будут осознавать, что они больны, пока они не смогут продолжать работать. Другие считают себя больными, если они чувствуют любой дискомфорт или боль. Даже тип принимаемых во внимание симптомов изменяется с социальным фоном.

Из-за влияния социальных интересов на опознание болезни, определим "болезнь" как

«любой дефицит в физической форме или физиологическом или психологическом функционировании индивидуума в терминах того, что общество хочет или ожидает

<sup>60</sup> Oppl H., Kardorff von E. The National Health Care System in the Welfare State. In: Social Science Medicine, 1990, 31:1. – P. 43-50.

<sup>61</sup> Spector R. Cultural Diversity in Health and Illness. – 2<sup>nd</sup> ed. – Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts, 1985.



от индивидуума, или в терминах того, что индивидуум хочет или ожидает для себя»<sup>62</sup>.

Как определено, болезнь включает ссылку на желания общества и таковых индивидуума, а не просто к физиологическому функционированию.

Эта дефиниция болезни подчеркивает роль общества и индивидуума в определении болезни. Конечно, биологические и физиологические элементы включены. Если опухоль вызывает такую боль, что индивидуум не может подняться с кровати или даже думать, то она удовлетворяет критерию болезни. С другой стороны, индивидуум с артритом может не считать себя больным, пока он может эффективно функционировать. Точно так же общество может считать артрит болезнью только тогда, когда он делает индивидуума неспособным внести какой-либо вклад в общество. Таким образом, признавая или подчеркивая (или, отвергая и преуменьшая значение) специфические физиологические состояния, социальные и индивидуальные ожидания и история влияют на присутствие или отсутствие болезни.

Хотя индивидуумы и общество в целом – главные действующие лица в решении, что является болезнью, медицинские профессии, действуя в качестве агентов общества, должны играть важную роль. Как мы определили в части I<sup>63</sup>, профессионалы здравоохранения обладают специальным знанием и, таким образом, обязаны быть посредниками между потребностями пациента и социальными ресурсами, доступными для обслуживания этого пациента. Кроме того, социальная обязанность профессий включает прямое участие в решениях относительно того, что составляет болезнь и соответствующее ее лечение. Медицинские профессии не всегда были полезны для общества и могут при случае быть на самообслуживании. Несмотря на эти оговорки, медицинские профессии необходимы, чтобы помочь обществу и индивидууму делать информированные суждения относительно того, что должно рассматриваться болезнью и как привести в порядок наши ресурсы против нее.

Дав дефиницию болезни, легко понять здоровье как «отсутствие любого дефицита в физической форме психологического функционирования в терминах того, что общество хочет или ожидает от того индивидуума, или в терминах того, что индивидуум хочет или ожидает для себя»<sup>64</sup>.

Если Вы можете делать то, что Вы хотите или рассчитываете делать, или что общество хочет или ожидает от Вас, то Вы здоровы.

---

<sup>62</sup> Garrett Th. M., Baillie H. W., Garrett R. M. Health care ethics: Principles and problems. – 2<sup>nd</sup> ed.. – Englewood Cliffs (N. J.): Prentice Hall, 1993. – P. 93.

<sup>63</sup> Михайлова Е.П., Бартко А.Н. Биомедицинская этика: Теория, принципы и проблемы. Ч.1. – М.: Изд-во ММСИ, 1995. – С. 63-69.

<sup>64</sup> Garrett Th. M., Baillie H. W., Garrett R. M. Health care ethics: Principles and problems. – 2<sup>nd</sup> ed.. – Englewood Cliffs (N. J.): Prentice Hall, 1993. – P. 94.

### **3.3.2. Разногласие в определении болезни.**

Концепции здоровья и болезни, которых придерживаются индивидуумы и общество, могут варьироваться достаточно широко, делая возможным, чтобы два человека рассматривали то же самое состояние и оценивали его совершенно по-разному. Существуют службы здравоохранения, которые доказывают, что низкие уровни жиров тела, увеличенное сердце и напряжения в мышцах и связках, характерные для атлетов, свидетельствуют о фактическом ослаблении их здоровья. В тоже время, многие другие доказывают, что атлеты, которые "страдают" от всех этих состояний, представляют неподдельно здоровых индивидуумов нашего общества. Не только необходимо понять социальные обстоятельства и личные ожидания индивидуума, чтобы быть способным понимать их "здоровье" или "болезнь", но следует распознать, что каждый привнесет к тем допущениям анализа, или предубеждениям, которые будут сильно влиять на анализ. Если предположения и предубеждения увеличивают масштаб болезни, они создадут спрос на медицинское обслуживание, которое сделает даже более трудным распределить недостаточные ресурсы для медицинского обслуживания всех членов общества.

## **ГЛАВА 4. ПРИНЦИПЫ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ И ПРАВДИВОСТИ.**

### **Введение.**

В медицине, как в остальной части человеческой жизни, правдивость и конфиденциальность существуют часто в беспокойном напряжении. С одной стороны, все социальное сотрудничество зависит от правдивой информации. С другой стороны, сообщение всего могло бы вести к бедствию. Мы не станем всюду говорить каждому, что мы думаем о них по простой причине, что это разрушило бы человеческие связи, а в некоторых случаях привело бы к насилию. Нам следует осознать две важные и взаимосвязанные истины.

- Во-первых, *сообщение правды* не есть то же самое, что и *сообщение всей правды*.
- Во-вторых, в отношении некоторых правд следует соблюдать конфиденциальность.

Трудно, однако, решить, что в этическом отношении можно скрыть, а что следует раскрыть.

В главе 1 мы выделили базисные правды, которые врач и другой профессионал здравоохранения должен сообщить пациенту, чтобы получить информированное согласие. В том контексте, пациент имел право на информацию и, таким образом, имелась обязанность сообщить её ему. Контекст информированного согласия, однако, не покрывает все проблемы правдивости. В данной главе, мы рассмотрим принципы, покрывающие случаи, в которых она – не вопрос информированного согласия или в которых врач имеет дело с кем-то другим, а не с пациентом или его законным заместителем. Например, должен ли врач писать на удостоверении о смерти, что пациент умер от СПИДа? Должен ли врач сообщать пациенту, что он является бесплодным, если это было обнаружено случайно и не связано с посещением пациента?

Во второй части этой главы, мы рассмотрим принципы, охватывающие случаи, в которых правда должна сохраняться конфиденциальной, то есть скрываться от других людей, а не от пациента. Должен ли врач скрывать от жены факт, что ее муж имеет герпес<sup>65</sup>? Должна ли медсестра скрывать от родителей факт, что их 16-летняя дочь имела аборт? Когда врач может открывать секретные сведения медсестре или другому врачу?

#### 4.1. Принцип сообщения правды.

Обычная этика правдивости вообще суммирована в двух командах.

- Во-первых, **не лги**.
- Во-вторых, **Вы должны сообщать тем, кто имеет право на правду**.

Эти команды слишком просты, чтобы подойти вплотную к разрешению сложных проблем, которые встречаются в реальной жизни. Как факт, обе из них являются в действительности гипотетическими командами. Первая на самом деле говорит: **"Если Вы сообщаете, не лгите"**. Вторая говорит: **"Вы должны сообщать что-либо, если другой человек имеет право на это сообщение"**. Никто не говорит, что Вы должны сообщать всем все, что Вы знаете, или все, что они хотят знать. Первая команда оставляет Вас свободным, чтобы не сообщать: хранить молчание или уклоняться от вопроса, или даже сообщать неправду, которая, как мы увидим не то же самое, что и ложь. Вторая команда оставляет открытым вопрос, кто имеет право на сообщение правды.

##### 4.1.1. Ложь.

Существует, очевидно, много различных подходов к проблеме лжи. Мы будем оценивать этику лжи на основе её последствий для индивидуума и для социальной системы коммуникации.

---

<sup>65</sup> Герпес – высыпание группы глубокосидящих пузырьков на эритематозном фоне. Эритема – покраснение кожи воспалительного характера.

*Традиционно, ложь определяли как речь (коммуникативное выражение) вопреки мнению, то есть, которая сообщает нечто, находящееся в противоречии с тем, во что сам говорящий верит, что является истинным.* Трудно увидеть каким образом такая речь повсеместно или даже вообще имеет злые последствия. По этой причине, мы предпочитаем называть такую речь вопреки мнению **неправдой**, и

определяем ложь как неправду в тех обстоятельствах, в которых другой имеет обоснованное ожидание правды.

Когда другой имеет обоснованное ожидание правды, неправда разрушает общение и делает социальное сотрудничество чрезвычайно трудным, если не невозможным. В конечном счете, прерывание социального сотрудничества причиняет вред каждому индивидууму, включая лгуна. Согласно такому подходу, **ложь является неправильной из-за социальных последствий, а не потому, что другой человек имеет право на правду.**

Пересмотренная дефиниция лжи выглядит неопределённой, пока мы не исследовали характер и диапазон разумных ожиданий. Эти ожидания изменяются

с местом коммуникации,  
ролью лиц, которые вступают в коммуникацию,  
и характером включаемой правды.

Все три связаны и с обязательством конфиденциальности, которая будет обсуждена позже, и с правом на тайну.

Эти три фактора, которые определяют обоснованность ожидания правды, являются в значительной степени **спецификациями обязательства минимизировать зло и выравнивать допустимость зла пропорциональным благом.** Все факторы, рассмотренные в трактовке пропорциональности в главе 2, можно успешно применить в этом пункте.

Человек не имел бы обоснованного ожидания правды, если бы коммуникация происходила в обстоятельствах, в которых другие люди могли бы подслушать информацию, что могло бы ему навредить. Например, если кто-нибудь спрашивает профессора относительно ошибок студента в публичном месте, где другие могут подслушать, нет никакого обоснованного ожидания, что он сообщит правду и, таким образом, причинит вред студенту. Ожидания были бы другими в уединении кабинета.

Роль двух коммуникаторов также помогает установить обоснованность ожидания правды. Обычно, декан факультета, спрашивающий профессора о студенте, имел бы обоснованное ожидание правды. Но даже декан факультета не имеет обоснованного ожидания правды, если он спрашивает информацию, которую профессор получил, давая совет студенту. Это рекомендуемое отношение было конфиденциальным, и обязательство конфиденциальности изменяет ожидания. Аналогично, если незнакомец идет ко мне и спрашивает об интимных подробностях моей сексуальной жизни, он не имеет никакого обоснованного ожидания, что я буду делиться ими с ним. Человек, чувстви-

тельный к культурным нормам, обычно знает, что незнакомцы даже не задают такие вопросы, не говоря уже об ожидании правдивого ответа.

Даже очень хороший друг благоразумно не ожидал бы правдивого ответа на вопрос относительно очень частных вопросов, как, например, о финансах, сексуальной жизни, или тайных амбициях. Не ожидал бы он правдивого ответа относительно такой потенциально вредящей информации как факт, что я имею судимость или страдаю от СПИДа.

Врач, проводя анамнез состояния здоровья в своём кабинете, имел бы очень обоснованное ожидание правдивого ответа на все вопросы, имеющие отношение к диагнозу. Роль, место, и характер вопроса создают ожидание в этом случае. Пациент, который идет врачу за диагнозом, также имеет обоснованное ожидание правды.

Много людей имеют необоснованные ожидания правды. В идеальном порядке, этим людям, которые являются часто назойливо любопытными людьми, сплетниками, следует резко велеть высказать мнение на их собственное дело. Практически, запросы социальной жизни часто требуют, чтобы мы избавились от них менее резкими способами. Когда они не имеют никакого обоснованного ожидания правды, я сохраняю мое право скрыть правду, защищая и мою собственную тайну и непосредственно благо других. Как мы увидим в разделе о конфиденциальности, люди обычно не имеют обоснованного ожидания, чтобы поставщик медицинской услуги сообщил им правду о любом человеке, но лишь о них самих.

Общество понимает, что Вы не имеете никакого обоснованного ожидания правды, когда от кого-то требуете, чтобы он свидетельствовал против себя. По этой причине, человека в суде (на следствии) нельзя принуждать давать показания на самого себя. С другой стороны, общество посредством закона определяет некоторые ситуации, в которых индивидуум имеет обоснованное ожидание и, возможно, даже право на правду. Закон о правдивости в предоставлении подделки и в открытии скрытых существенных дефектов в изделии дает примеры обоснованных ожиданий правды. В большинстве ситуаций, однако, закон говорит, что покупатели имеют обязательство сами найти для себя правду.

Это – не ложь, когда скрывают правду, хотя это может быть неэтичным по другим причинам. Если я храню мой рот закрытым или уклоняюсь от вопроса, или даю неоднозначный ответ, или даже сообщаю прямую неправду, когда меня спрашивают по многим вопросам, упомянутым в предыдущих абзацах, я не солгал. Действительно, так как я использовал те средства, чтобы избежать зла, я сделал что-то добродетельное, допускаемое пропорциональностью. Было бы совершенно иначе, если бы я сообщил неправду человеку, который спросил у меня путь к самому близкому туалету или стоимость гостиницы или имя мэра. Не имеется никакой обоснованной причины для хранения секрета о таких вещах и, таким образом, другой имеет обоснованное ожидание правды.

Наши примеры до сих пор покрывали случаи, в которых другой человек просит об информации. Ситуация отличается в тех обстоятельствах, в

**которых у меня не требуют информации, но я сообщаю её по собственной инициативе.** В этих случаях другой имеет обоснованное ожидание правды. Предлагая по собственной инициативе информацию, я объявляю, что я предполагаю общаться и, таким образом, создают обоснованное ожидание правды. Имеются исключения к этому, когда ясно, что я просто всюду ввожу в заблуждение, сообщаю выдумки, или так настроен, что Вы не должны ожидать от меня ничего. Вообще, однако, предоставленная по собственной инициативе информация создает обоснованное ожидание.

Даже тогда, когда я предоставляю по собственной инициативе информацию, другой человек не может обоснованно ожидать всю правду, если я не сообщаю им, они получают всю историю. В отсутствие такого обещания, нет никакой причины думать, что я добровольно предоставляю всю правду. *В большинстве случаев, полная правда не представляется полезным или даже хорошим делом.* Действительно, люди, которые пытаются давать всю правду часто надоедают нам до смерти неуместными подробностями или шокируют нас своим отсутствием уважения к репутации других. Имеются даже случаи, где предоставление полной правды фактически ведет к обману, так как важная правда может быть скрыта в гряде неуместных подробностей.

#### **4.1.2. Право на правду.**

Более трудные вопросы возникают не в отношении обоснованных ожиданий правды, но с правом человека на правду. Как уже было отмечено, пациент имеет **право на информацию, необходимую для информированного согласия**, потому что он нуждается в этой информации, чтобы принять решения относительно лечения. В других случаях, когда нет вопроса о лечении, пациент может иметь **право на правдивую информацию, потому что он оплатил её**. Например, пациент, который идет к консультанту по генетике за информацией, относящейся не к лечению, а к браку, имеет право на правду. В этой обстановке, она – именно информация, за которую он заплатил.

Имеется **третий набор обстоятельств**, в которых пациент имеет право на информацию, даже если нет никакого предполагаемого информированного согласия и никакой явной покупки информации. Пациент имеет **право на информацию, когда он нуждается в ней, чтобы принимать важные медицинские решения или избежать больших несчастий**. Здесь, как в случае информированного согласия, потребность пациента в информации рождает право на информацию. *Принципиальный пример* этого – **немедицинская потребность пациента знать, что он умирает**. Религиозные мыслители подчеркивают, что умирающий человек должен примириться с Богом. Имеется также потребность устроить финансовые и личные дела с тем, чтобы оставшиеся в живых могли не страдать больше, чем необходимо. Личные дела могут включать не более чем прощание, но могут также требовать примирение с врагами или живущими отдельно членами семьи. Это не медицинские проблемы, но они важны. Даже если кто-либо пытается отрицать строгое право пациента знать, что он умирает, укрывательство этой правды, не дает челове-

ку возможности позаботиться об этих моральных обязательствах. Отрицать это право, значит рассматривать такие важные обязанности как тривиальные и в результате сводить на нет достоинство человека, чьи потребности – больше чем медицинские.

#### **4.1.3. Проблема плацебо.**

Плацебо (*лат.* placebo, "я понравлюсь"; *церк.* "я буду угоден", первое песнопение заупокойной вечерни) – «1. Нейтральное вещество, в форме лекарственного средства, выписывается больному для психотерапевтического эффекта. 2. Инертное вещество, идентичное по внешнему виду с материалом, подвергающимся тестированию в научных исследованиях; пациент и врач могут знать, а могут и не знать, что есть что»<sup>66</sup>. Короче говоря, что-нибудь, что в химическом отношении не должно иметь эффекта. В более популярных терминах, это – сахарная пилюля.

Хотя и полезная, дефиниция может быть слишком узкая, так как многие другие вещи, от диплома врача до умения медсестры подойти к больному, могут иметь терапевтические психологические эффекты. Действительно, некоторые авторы<sup>67</sup> утверждают, что до недавнего времени большинство лекарств было плацебо. Кроме того, может быть доказано, что психологические факторы типа веры пациента во врача – все еще важные подобно плацебо факторы. Так или иначе, плацебо все еще используются не только для исследования и психологического эффекта, но и чтобы оставить пациента удовлетворенным, а телефон врача свободным. Иногда врач действительно использует плацебо, не зная об этом. Это случается, когда врач верит, что лечение поможет, даже если нет никаких научных данных для этого. Ввиду всего изложенного выше, и оставляя в стороне использование плацебо в научном исследовании, мы переопределим **плацебо** следующим образом:

все, что используется, чтобы вызвать терапевтический эффект, или всё, что воздействует на результат, когда используемый объект, как предполагается, не имеет активных биологических сил.

**Этическая проблема становится ясной. Содержит ли использование плацебо неэтический обман пациента?**

Перед тем как попытаться ответить на этот вопрос, несколько замечаний, по порядку.

- Во-первых, даже лекарственные средства с активными фармакологическими свойствами усиливали эффекты, когда пациент верит в них.
- Во-вторых, эффект Хоторна<sup>68</sup> в индустриальной психологии показывает, что стоит только просто уделить внимание рабочему, это увеличит

<sup>66</sup> Англо-русский медицинский энциклопедический словарь. – М.: ГЭОТАР, 1995. – С.494.

<sup>67</sup> Carlton W. In our professional opinion... The primacy of clinical judgment over moral choices. – Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press, 1978.

<sup>68</sup> Эффект Хоторна – Эффект плацебо – лишь частный случай эффекта Хоторна. Как показали опросы, проведенные промышленными психологами на предприятиях Хоторна в Чикаго, одно лишь

его производительность и сотрудничество. То же самое, конечно, остаётся верным в здравоохранении.

- В-третьих, плацебо или, по крайней мере, вера в плацебо, как было установлено<sup>69</sup>, воздействовали на иммунную систему и даже вызывали аддикцию<sup>70</sup>.

Все это не должно удивлять нас, так как эффекты от лекарственных средств зависят не только от фармакологических свойств, но и от отношения, то есть от умственного настроения пользователя и окружающей обстановки, в которой препарат принимается. Кроме того, хотя многие имеют тенденцию видеть болезнь в терминах биологической причинной связи, многие болезни имеют психологические измерения<sup>71</sup>, на которые, конечно, можно повлиять при помощи плацебо. Когда мы имеем дело с мультипричинными системами, в которых наблюдатель воздействует на объект наблюдения, и когда мы ожидаем скорее только вероятность, а не достоверность, просто легко имеют место факторы типа плацебо, даже если они не могут быть ясно установленными.

Ввиду всего этого, является ли плацебо вводящим в заблуждение или нет, зависит от точного способа, каким его предлагают. Если врач говорит: «я собираюсь прописать кое-что, что часто помогает в этих случаях, и не имеет никаких плохих побочных эффектов», – трудно увидеть, каким образом он обманывает пациента. Определенно, он не лжёт. Действительно, врач должен гораздо более вероятно обманывать в отношении фармакологически активного лекарственного средства, если он говорит: «Это Вам поможет». Это обещает слишком много, сказали ли это о плацебо или о пробном лекарственном препарате.

В такой презентации, пациент знает то, что он должен знать, чтобы дать информированное согласие. Никакой неправды не говорят и нет информации, которую имеют право утаивать от пациента.

Несмотря на то, что обман не является этической проблемой в использовании плацебо, имеются другие проблемы с плацебо, типа назначения завышенной цены или использования их вместо подходящего (общепринятого) лечения. Назначение завышенной цены можно осуждать как форму воровства, а отказ использовать принятое лечение, когда оно требуется – просто преступная небрежность врача.

## **Резюме.**

Неправильно сообщать неправду в тех ситуациях, в которых имеется обоснованное ожидание правды. Ожидание правды изменяется с местом коммуникации, роли коммуникаторов и характера содержания, которое будет сообщено.

---

участие в эксперименте оказывает на испытуемых такое влияние, что очень часто они ведут себя именно так, как ожидают от них экспериментаторы.

<sup>69</sup> Brody B. Life and death decision making. – New York: Oxford University Press, 1987.

<sup>70</sup> Аддикция – привычная психологическая или физиологическая зависимость от вещества (или деятельности), практически не поддающаяся самоконтролю.

<sup>71</sup> Weiner H. Psychobiology and human disease. – New York: Elsevier North Holland, 1977.



щаться. Когда мы по собственной инициативе сообщаем информацию, мы создаем обоснованное ожидание правды, но не обязательно всей правды. Мы имеем обязательство сообщения правды, если только другой человек имеет право на информацию, в результате контракта, отношения, или особой потребности. Использование плацебо не есть само по себе неправильным, при условии, что пациенту не говорят ложь.

## 4.2. Принцип конфиденциальности.

### ***Введение.***

Все эти обязательства должны быть поняты не только в контексте правдивости, но и в контексте конфиденциальности. Действительно, только после того, как мы приняли во внимание конфиденциальность, мы можем заняться трудными и часто пренебрегаемыми вопросами относительно права врача и других профессионалов здравоохранения или их обязанности сообщить семьям и другим третьим лицам о состоянии пациента.

Конфиденциальность касается хранения секретов. **Секрет – знание, которое человек имеет право или обязанность скрывать.** В представленном разделе мы сосредоточимся на обязывающих секретах.

### ***4.2.1. Понятие и обязательство хранить тайну.***

Обязательство хранить секреты проистекает из факта, что последует вред, если откроется специфическое знание. Имеются **три типа обязывающих секретов**, которые различаются типом вредных последствий, которые следуют из их разглашения. Это **естественный секрет, обещанный секрет и профессиональный секрет.**

#### *а. Естественный секрет.*

**Естественный секрет** так назван, потому что составляющая его информация по своему характеру приносит вред, если она разглашается. Мы обязаны, как мы видели в главе 2, избегать причинять вред другим, если нет пропорциональной (соразмерной) причины для риска или принятия вреда. Потому что обязательство избегать причинения вреда универсально, даже непрофессионал обязан хранить секрет о факте, что друг имеет СПИД, чтобы его не избегали и несправедливо не преследовали. Это обязательство существует независимо от того, каким образом человек получил информацию. Аналогично, мы сами обязаны хранить информацию о частных особенностях людей, когда она могла бы причинить им затруднения, если бы ее разгласили. Мы могли бы быть обязаны хранить секрет о факте, что человек был в больнице, если раскрытие этого факта причинил бы вред его бизнесу. Даже имя пациента

может быть конфиденциальным, если бы раскрытие его могло бы вызывать или неудобство, или затруднение для пациента. Психиатр, который продал списки его пациентов, конечно, причинил им неудобство и может подвергнуть их серьезной потере репутации, даже если единственная разглашённая вещь была фактом лечения. К сожалению, этот факт, как известно, клеймил позором индивидуума в определённых группах.

Должно быть, очевидно, что иногда вред, который исходит из сокрытия естественного секрета, перевешивает вред, которого избегают. В этих случаях, пропорциональность может оправдывать разглашение, и временами делают его долгом. Если друг со СПИДом пытается дать кровь даже после того, как Вы спорили с ним, Вы имеете пропорциональную причину сообщить Красному Кресту о его состоянии, чтобы предотвратить вред получателям его крови (реципиентам). С другой стороны, Вы не имели бы оправдания, сообщая Красному Кресту о жертве СПИДа, которая не имела намерения пытаться жертвовать кровью. В этом случае, нет никакого предвиденного заранее вреда. Вы имели бы подобное оправдание для сообщения одноклассникам, что один студент настаивал на посещении занятий, даже имея инфекционный гепатит. Вы не имели бы никакого оправдания вообще раскрытия информации в отношении его инфекции, если бы он оставался дома.

#### *b. Обещанный секрет.*

**Обещанный секрет** – знание, которое мы обещали хранить в тайне. Вообще, обещание требовалось, потому что вопрос – также естественный секрет, в случае которого характер вопроса делает секрет более строгим. Специфическое зло от раскрытия обещанных секретов является результатом вредных последствий нарушения обещаний. Социальная жизнь зависит от людей, хранящих обещания, а мы зависим от социальной жизни в отношении почти всех наших базисных благ. Кроме того, большинство из нас остерегаются человека, кому мы не можем верить, что он будет соблюдать обещание. Мы оставляем этот тип людей вне рамок многих социальных обменов.

Здесь, как в случае естественного секрета, могут иметься пропорциональные причины для раскрытия секрета. Чтобы произвести благо, однако, следует компенсировать зло, которое следует из нарушенного обещания также как из характера информации. Каждый будет оправдан в раскрытии намерения кого-либо убить, даже если поклялся хранить это в секрете. Непрофессионала можно было бы оправдать в раскрытии, несмотря на обещание, наличие диабета у своего друга профессионалу здравоохранения, если друг не следует медицинскому совету и, таким образом, вредит своему здоровью. Еще раз, это вопрос пропорциональности, то есть потребности оправдать риск или допустимый вред пропорциональным благом.

#### *c. Профессиональный секрет.*

**Профессиональный секрет** – это знание, которое, если оно будет разглашено, принесет вред не только клиенту профессионала, но будет производить

серьезный вред профессии и обществу, которое зависит от важных услуг этой профессии. Во многих случаях, но не во всех, этот секрет признаётся законом, так что профессионал не был бы обязан разглашать «привилегированную информацию» даже в суде. Это означает, что врач *не может раскрывать* информацию, полученную конфиденциально от своего пациента, если пациент не дает на это своего разрешения. Ясно, *профессиональный секрет наиболее серьезен из всех секретов, потому что нарушение может вызывать самый большой вред.*

Важность профессионального секрета в здравоохранении лучше всего видна, при рассмотрении последствий, когда пациенты испытывают недостаток веры в конфиденциальность их деловых отношений с системой здравоохранения. Когда закон потребовал от врачей и других профессионалов здравоохранения сообщать о несовершеннолетних с передаваемыми половым путём болезнями их родителям (допустимое исключение к конфиденциальности), инфицированные подростки страдали без лечения и продолжали распространять передаваемые половым путём болезни, пока многие страны не получили эпидемию. Их недоверие к системе здравоохранения, таким образом, привела к большой медицинской проблеме. Изменение в законе, который восстановил принцип конфиденциальности, дала возможность молодежи обращаться за лечением, и сократило сферу действия этих болезней.

Не только подростки, но все мужчины и женщины справедливо чувствуют, что состояние их тела является их личным делом, и делятся лишь с теми, кого они выбирают, чтобы те помогли им, но не с кем-либо еще. Мы не хотим сообщать наши секреты любому, кому нельзя доверять секрет. Действительно, за исключениями, отмеченными ниже, отношение пациент-врач подразумевает обещание тайны. По этой причине, если не по другой, врачи и другие профессионалы здравоохранения должны соблюдать секретность, чтобы сохранять их услуги приемлемыми для людей, которые нуждаются в них.

Общество давно осознало важность профессиональной тайны. Чтобы защищать конфиденциальность, общество даже дало врачам установленное законом иммунитет от дачи показаний в отношении их диагноза и лечения пациентов. Иммунитет других профессионалов здравоохранения отличается в зависимости от государства. Вообще, общество, по причинам, указанным ниже, рассчитывало, что все профессионалы здравоохранения поддержат конфиденциальность. К сожалению, осложнения, представленные плательщиками от третьего лица, указывают, что имеется, вероятно, потребность в переосмысления всей области профессиональной привилегии. Мы скажем об этом больше позже.

Профессиональная тайна, затем, должна сохраняться из-за характера знания, предполагаемого обещания, и блага профессии и общества.

Билль о правах пациента Американской Больничной Ассоциации говорит совершенно ясно об обязательстве профессиональной тайны в условиях больницы.

5. Пациент имеет право на любое обсуждение его секретности в отношении его собственной программы медицинского обслуживания. Обсуждение случая, консультация, обследование и лечение являются конфиденциальными и должно проводиться осторожно. Те, кто непосредственно не вовлечены в его обслуживание, должны иметь разрешение пациента, чтобы присутствовать.

6. Пациент имеет право ожидать, что все сведения и записи, имеющие отношение к его обслуживанию, являются конфиденциальными.

#### **4.2.2. Конфиденциальность и консультация**

Если это явно не запрещено пациентом, профессионал здравоохранения имеет право консультироваться с другими профессионалами здравоохранения, в попытке помочь пациенту. В случаях сомнения, разрешение пациента или заместителя должно быть получено. Среди других вещей, пациент, который должен оплатить консультацию, должен иметь право решить, в состоянии ли он это сделать. Понятно, что человек консультируя, связывается той же самой тайной. Врачи не свободны в этическом отношении, чтобы обсуждать с пациентами просто, проводя время дня или в общем месте, где они могут быть подслушаны. Кафетерий больницы – не подходящее место для консультации, не говоря уже о болтливых заседаниях. Ни свободны профессионалы здравоохранения, чтобы удовлетворить их любопытство в отношении пациентов, которые не находятся под их наблюдением. Врач, не вовлечённый профессионально, не имеет никакого права рассматривать диаграмму друга или соседа, которые оказались случайно в больнице. Принцип конфиденциальности функционирует на основе потребности в знании, а это означает, что здравоохранение должно знать.

Врачи-стажеры, врачи-интерны, и другие студенты в базовой клинике не свободны, чтобы рассматривать диаграммы клинических данных без разрешения пациента, если они непосредственно не вовлекаются в обслуживание специфического пациента. Некоторые обосновывают общее право осмотреть записи на основе общего согласия, подписанного пациентом или заместителем при поступлении в больницу. Это – сомнительное обоснование, потому что средний пациент не читает формы и не имеет представления, какие права он давно подписал. Мы утверждаем, затем, что требуется более явное разрешение, если врачи-стажеры и врачи-интерны должны этично исследовать записи регистрации пациентов, к кому они непосредственно не привлекаются для лечения.

#### **4.2.3. Проблема пределов конфиденциальности.**

Исключения в отношении конфиденциальности могут быть сгруппированы под четырьмя рубриками: (1) исключения, проистекающие из статутного права; (2) исключения, проистекающие из судебного прецедента; (3) исключения, являющиеся результатом специфического отношения пациент-врач; и (4) исключения вследствие пропорциональной причины.

*а. Исключения, проистекающие из статутного права.*

Исключения требуются многими законами для таких вещей как огнестрельные и ножевые раны, жестокое обращение с детьми, некоторые инфекционные болезни, острое отравление, и автомобильные несчастные случаи. Некоторые законы требуют, чтобы государственные власти также информировались относительно незаконных рождений, дефектов рождения и уродств, случаев церебрального паралича, производственных травм, и хронической наркомании (хронического привыкания к чрезмерному употреблению лекарственных средств). В каждом случае, закон предполагает, что общественное благо требует исключения и, таким образом, перевешивает вред раскрытия. *Также принимается, что пациент знает, что эти случаи не покрываются подразумеваемым обещанием отношения пациент-врач.*

Врачи и другие профессионалы здравоохранения часто находят, что предположения, стоящие за этими законами, не оправдываются в данном случае. То есть они видят, что происходит больше вреда, чем добра, если они нарушают конфиденциальность.

Законы против жестокого обращения с детьми во многих государствах делают обязательным сообщение о подозреваемом жестоком обращении, или физическом или психическом, являющимся результатом упущения ли или совершения. Врач может разрываться между совестью и законом, так как он может полагать, что сообщение сделает ребенку только хуже, или что местные детские службы защиты не будут эффективно контролировать ситуацию, или оба вышеупомянутых. Нет простого ответа на эту проблему, и в последнем случае, врачи и другие профессионалы здравоохранения должны учитывать, и опасность для себя и для подозреваемой жертвы, когда принимают решение.

*б. Исключения из решений суда.*

Исключения, являющиеся результатом судебного прецедента – то есть, из решений суда – сложнее выявить, потому что суды изменяют мнения через какое-то время. Известное судебное дело Tarasoff вынесло решение, что психиатр должен был предупредить женщину, что пациент угрожал убить ее. Суд утверждал, что терапевт должен был предпринять приемлемые шаги, чтобы защитить третьи лица от пациента.

Однако вовсе не ясно, что раскрытие смертоносных стремлений пациента в случае Tarasoff, было необходимым или полезным. Действительно, двумя годами после первоначального решения, тот же самый суд Калифорнии, который осудил психиатра, изменил формулировку своего решения так, что профессионал был только должен «осуществлять приемлемую осторожность, чтобы защитить предвидимые заранее жертвы». В деле “Rogers v. South Carolina Department of Health” решение пошло дальше и привело доводы, что не было никакой обязанности к предупреждению, так как пациент не делал угрозы против определённого лица. Это больше находится в соответствии с общей этической практикой. Другие суды, основываясь на этом мнении, ут-

верждали, что психиатр не должен открывать бред его пациентов тем, кто упомянуты как возможные жертвы. Большинство пациентов, вероятно, только выпускает пар, и подсчитано, что два из трёх предсказаний насилия неправилён. Другими словами, подбрасывание монеты могло бы дать лучшие результаты.

Независимо от существа дела, многие суды признавали психиатров ответственными, если те не предпринимают шаги, чтобы защитить, и третьи лица и самих пациентов. Это часто заставляет работников здравоохранения излишне страховать себя, госпитализируя больше людей, чем это необходимо, и удерживая их госпитализированными в течение более длительного времени. Другие работники психического здоровья действуют наверняка, не принимая ни одного пациента, кто проявляют к насилию. Все эти реакции не в интересах и пациентов и публики.

Комитет по биомедицинской этике Американской больничной ассоциации указывает:

Также подчиненная закону штата, конфиденциальность может быть отменена, когда жизнь или безопасность пациента ставится под угрозу как, например, когда хорошо осведомленное вмешательство может предотвратить угрозу самоубийства или ущерб самому себе. Кроме того, моральное обязательство предотвращать существенный и предвиденный заранее вред невинному третьему лицу обычно является более важным, чем моральное обязательство защитить конфиденциальность<sup>72</sup>.

*с. Исключения, являющиеся результатом исключительных отношений.*

Исключения, являющиеся результатом специфического отношения врач-пациент, происходит с семейным и военным персоналом, которые имеют моральный долг лояльности к их работодателю также как к пациенту. Как только пациент понимает, что он не защищен полностью конфиденциальностью, нет никакой серьезной этической проблемы, если, конечно, компания или военный поставщик не являются единственными из доступными. Юридический Совет Американской Медицинской Ассоциации выводит полезные различия в индустриальном контексте:

5.09 КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ: ВРАЧИ В ПРОМЫШЛЕННОСТИ. Где услуги врача ограничены физическими обследованиями перед работой по найму или обследованиями, чтобы определить, способен ли служащий, который был больным или травмированным, возвратиться к работе, не существует отношения врач-пациент между врачом и теми служащими. Однако информация, полученная врачом в результате таких обследований, конфиденциальна и не должна сообщаться третьему лицу без письменного предшествующего согласия индивидуума, если не требуется в соответствии с законом. Если индивидуум разрешает передачу медицинской информации работодателю или потенциальному работодателю, врач должен передать только ту информацию, который является приемлемо релевант-

---

<sup>72</sup> American Hospital Association. Values in conflict: Resolving issues in hospital care. In: Report of the Special Committee on biomedical ethics. – Chicago: American Hospital Association. – P. 24.

ной для решений предпринимателя относительно способности этого индивидуума выполнить работу, требуемую для дела<sup>73</sup>.

## ГЛАВА 5. МОДЕЛИ ОТНОШЕНИЯ ВРАЧ-ПАЦИЕНТ

Роберт Вич предложил четыре модели для этической медицины: техническую модель, сакральную (которую мы будем называть патерналистской) модель, коллегиальную модель и контрактную модель<sup>74</sup>. Мы добавляем к этому пятую, договорную модель, предложенную Робертом Вичем в более поздней работе<sup>75</sup> и развитую William May<sup>76</sup>.

### 5.1. Патерналистская (сакральная) модель отношения врач-пациент.

*Сакральная модель* основана на ошибке обобщенной экспертизы. То есть модель принимает, что, так как врач – эксперт в медицине, он – также эксперт относительно жизни вообще. Врач берёт на себя моральное превосходство над пациентом. Оно руководит врачами, которые делают заявления типа «Это является риском, который Вы не должны брать», или "Ваша семья должна быть вашим первым соображением». Главный принцип этой модели – традиционный принцип «Приноси пользу пациенту и не наноси вреда». К сожалению, так как священнический врач лечит пациента как ребёнка, традиционный принцип часто пренебрегает другими принципами, которые внушают врачу уважать свободу пациента, защищать достоинство пациента и содействовать благу общества.

Мы будем постоянно обращаться к этическим значениям этой модели в этой книге, как только мы будем обсуждать конфликты между обязательством приносить пользу и обязательством уважать автономию пациента.

---

<sup>73</sup> American Medical Association. Council on ethical and judicial affairs. Current opinions of the Judicial Council of the American Medical Association. – Chicago: American Medical Association. – Pp. 24-25.

<sup>74</sup> Veatch R. M. Models for ethical Practice in a revolutionary age. In: Hastings Center Report. June 1972, vol. 2, № 3. – Pp. 5-7.

<sup>75</sup> Veatch R. M. A theory of medical ethics. – New York: Basic Books, 1981.

<sup>76</sup> May W. F. The physician's covenant: Images of the healer in medical ethics. – Philadelphia: The Westminster Press, 1983.

## 5.2. Техническая модель отношения врач-пациент.

*Техническая модель* делает врача прикладным ученым, если не техником. Подобно ученому, технику, или инженеру, врач в этой модели имеет склонность интересоваться фактами, а не ценностями. В этой модели, профессионал здравоохранения расположен, говорить скорее о лечении болезни, чем об уходе за пациентом. Действительно, больной человек может исчезнуть под грудой предположительно объективных результатов теста.

Несмотря на то, что опыт нацистских врачей, действующих как так называемые ученые и техники, должен исцелить нас от искушения следовать этой модели, с ней мы встретимся у некоторых врачей, которые хотят игнорировать полное психическое и культурное измерение болезни в интересах истинно научного подхода. Все из нас наблюдали этот технический подход с его самой плохой стороны, когда профессионалы здравоохранения говорят о болезни перед пациентом, как будто пациент не присутствовал там и не страдал. Может быть даже, что увеличение исков против преступной небрежности врача было частично мотивированно безличным лечением, полученным от техников, которые игнорируют личность человека за ролью пациента.

Обращает внимания, что поздние версии медицинских кодексов подчеркивают научную компетентность и избегают языка человеческого обязательства за исключением тех случаев, которые могли бы появляться в формально допустимом юридическом контракте. Кодексы имеют тенденцию в направлении этики ремесленника. Короче говоря, техническая модель все еще действует и хорошо.

Этические значения такой модели должны быть очевидны. Такая модель создает искушение действовать так, как будто Вы лечите скорее болезнь, чем человека. Техническая цель, которую выполняют, должна стать важным делом, независимо от психических и социальных издержек для пациента. Порой усилие сохранить людей живыми в постоянном вегетативном состоянии, производит впечатление правила только с таким акцентированием на технических возможностях.

В социализации молодых врачей наблюдается *первенство клинического суждения над моральным выбором*. Имеет место сужение процесса принятия решения врачом, так что ключевые человеческие факторы становятся неучтенными. В частности, религиозные и ценностные предпочтения имеют тенденцию пренебрегаться в пользу технических соображений. Таким образом, имеются, по крайней мере, элементы технической модели в обучении врачей.



### **5.3. Коллегиальная модель отношения врач-пациент.**

*Коллегиальная модель* видит врача и пациента в качестве коллег, сотрудничающих в преследовании общей цели, которая может быть сохранением здоровья, исцелением болезни, или ослаблением боли (страдания) умирающего человека, в зависимости от ситуации. Такая модель требует доверия и ответственности от обеих сторон в отношении и обязывает к долговому, непрерывному диалогу между ними, так чтобы они были уверены в цели и находились в согласии относительно средств.

Р. Вич относится к этой модели скептически, так как этнические, классовые, экономические, и ценностные различия между пациентом и врачом препятствуют установлению духовной связи, не говоря уже о том, чтобы достигнуть истинного отношения равенства, подразумеваемого в идее коллегиальности. Мы добавили бы к этому факт, что связь со специалистами является настолько краткой, что нет времени, чтобы установить доверие, которое является ключом к коллегиальной модели. В то же самое время, связь в этой модели может и часто существует между многими пациентами и их семейным врачом.

### **5.4. Контрактная модель отношения врач-пациент.**

*Контрактная модель* видит взаимоотношение между врачом, как поставщиком медицинской услуги, и пациентом как деловое отношение, управляемое в соответствии с контрактом или свободным соглашением, заключаемым за вознаграждение, то есть за определенные товары, которые обмениваются. В этой модели, контрактное право, дополненное специфическими законами здравоохранения, заняло бы место этики. В чисто контрактном отношении каждая встреча между поставщиком медицинской услуги и пациентом началось бы в теории с переговоров относительно условий продажи и гарантий, выраженных явно и подразумеваемых. В то время как имеются некоторые достоинства в разъясняющихся ожиданиях, большинство врачей, и большинство пациентов желает, чтобы отношение было большим, чем контрактным в этом смысле. Мы считаем, что должны существовать обязательства, которые вырастают из более глубоких корней, чем контракт. В конечном счете, это – достоинство индивидуального человека, который является первичным этическим соображением.

Если бы отношение было только контрактное, установились бы ясные, но минимальные обязательства и со стороны врача как поставщика медицинской услуги и со стороны пациента. Эти обязательства были бы определены тем, что установлено в контракте и текущей юридической интерпретации испол-

зуемого языка. Вне контракта, врач не имел бы никакого обязательства перед пациентом.

### **5.5. Договорная модель отношения врач-пациент.**

Несмотря на то, что имеется, конечно, сильная контрактная сторона в роли врача, который все больше становится поставщиком медицинской услуги, особенно в роли специалиста, имеется кое-что больше. Членство в одной из исцеляющих профессий получает унаследованный в прошлом профессией идеал, и посвящение благородной задаче, которая не просто результат контракта с индивидуальными пациентами. Этот факт, среди других, убедил W. May предложить договорную модель. Хотя и вдохновленные религиозной идеей о договоре между Богом и избранным народом, договоры существуют и вне религиозного контекста.

*Договорная модель* пытается отдать должное тем элементам взаимоотношений в здравоохранении, которые идут дальше простого контракта. В договорной модели, посвящение идеалу и привилегии, предоставленные обществом, налагает обязательства на врача и медсестру совершенно помимо контракта. Это становится отчётливым в чрезвычайных обстоятельствах, когда врач или другой профессионал здравоохранения должен помочь даже в отсутствии контракта. Договор также предполагает постоянное отношение, или, по крайней мере, открытое в продолжительности. Этот аспект можно пояснить фактом, что врач не может прекратить отношение по желанию, но должен обеспечить продолжение ухода за пациентом. Договорное отношение также замечена в традиции, согласно которой врач или медсестра должны были обеспечить, по крайней мере, некоторый уход на основе потребности пациента, независимой от качества или способности оплатить.

В обычных деловых отношениях, договорное отношение между врачом и пациентом не обязательно включает весь набор формального контракта, но включает согласие или понимание относительно роли каждого участника. Как только соглашение относительно этих ценностей и целей отношения устанавливается, пациент соглашается следовать за советом врача.

Хотя сохраняется основа для договорного отношения между врачом и пациентом, в России сегодня отношение между врачом и пациентом все больше принимает сильный контрактный аспект, который изменяет и иногда доминирует над идеей договора. Как мы увидим в следующих главах, контрактные элементы требуют, чтобы врач и пациент вступали в более детализированные соглашения, чем договорное отношение требовало бы. Например, пациент соглашается следовать совету врача, не фактом своего обращения к врачу. Все аспекты лечения, кроме наиболее тривиального, остаются предметом для обсуждения и информированного согласия. В любом случае, действующая модель часто зависит от точного характера и хронологии взаимоотношения ме-

жду врачом и пациентом, что находится в контрасте с отношениями, которые многие имеют с их семейным врачом в противоположность отношению с хирургом или анестезиологом. Короче говоря, это может зависеть от практической роли, а также как от основной идеи, кто врач. Хирург, который редко поддерживает продолжающуюся связь с пациентом, находится в другой практической роли, чем семейный доктор. Специалисты и консультанты имеют различные практические роли, которые делают различие в их отношениях с пациентом и, таким образом, с тем, что должно специально оговариваться в контракте.

Контрактная модель может быть модифицирована некоторыми элементами отношения договора так, чтобы она не включила весь юридический набор формального контракта. Изменяемая версия центрируется на согласии или понимании относительно роли каждого участника и подкрепляется контрактом, так как она не основывается исключительно на взаимном доверии. Врач, делая усилие, чтобы обнаружить и понять ценности пациента, уважает эти ценности. Если же врач не может согласиться действовать в соответствии с этими ценностями, он не вступает в контракт. Как только имеется согласие относительно этих ценностей, цели отношения установлены, лечение согласовано, в таком случае пациент соглашается следовать совету врача в отношении мириад деталей лечения. В договорном отношении существует не так много деталей, которые следует выработать.

Контрактная модель, поскольку мы здесь ее модифицировали, предусматривает совместное принятие решения и сотрудничество в терапевтическом процессе. Она не обязательно основана на полном доверии (хотя такое доверие желательно), но на согласии относительно целей отношения и относительно лечения вообще. Она уважает совесть врача и права пациента.

Это, кажется, близким к тому, что много людей желают и, хотя она не совершенна как модель, представляется реалистичным шагом в правильное направление. Её реализм, в конечном счете, зависит от вовлекаемого специфического отношения пациент-врач. Когда пациент и врач создали, несомненно, персональную связь, в котором каждый знает ценности другого, и они разделяют взаимное доверие, коллегиальная или договорная модель, конечно, идеальна. Это, должно быть, случай с семейным врачом или врачом первой помощи. Во многих обстановках, где пациент встречает врача только несколько раз для очень специфической цели, контрактное отношение, казалось бы, было бы более подходящим. Это происходит в консультациях со специалистом или в кратковременном отношении с хирургом. Действующая модель, таким образом, продиктована фактической связью.

## 2. СМЕРТЬ И УМИРАНИЕ.

### Введение.

Немногие области в биомедицинской этике являются столь же трудными, как смерть и умирание. Тема поднимает вопросы, касающиеся не только того, когда человек является умершим, но и вопросы о смысле жизни и праве человека самому определять, когда его жизни будет положен конец. Все эти вопросы являются основными в этике. Они становятся насущными в биомедицинской этике, когда врачи и другие профессионалы здравоохранения стоят перед лицом необходимости принятия решения в случае, когда они имеют дело с людьми, желающими прервать свои жизни. И имеют ли право лица, предоставляющие медицинские услуги, поддерживать жизни отдельных людей против их воли, или воли их заместителей. Существует даже дискуссия о том, этично ли препятствовать человеку, желающему покончить жизнь самоубийством<sup>77</sup>. Проблемы всё больше становятся эмоционально острыми, так как в ситуациях между жизнью и смертью мы остерегаемся скользких уклонов, которые могут открыть дверь убийству тех людей, которые желают жить.

Период времени с 60-х по 90-е годы отмечен удивительными достижениями в области биомедицинских научных и методологических исследований. Можно сказать, что в этой сфере произошла настоящая революция. В целом эти достижения носили положительный характер. Однако они же породили новые нравственные проблемы и дилеммы. Становясь более могущественным, человек больше обременяет свою совесть.

Новые способы возобновления и поддержания деятельности сердца, легких и почек позволяют сегодня сохранить жизнь таким серьезно больным и получившим травмы людям, лечение которых еще вчера не представлялось возможным. Современные методы обеспечения работы сердечно-сосудистой системы, дефибриляция сердца, вентрикулярная<sup>78</sup>, респираторная поддержка, мониторинг и стимуляция сердца, регулирование и выравнивание обменных процессов, диализ и профилактика инфекционных заболеваний позволяют поддерживать жизнь больных, получивших серьезные травмы, больных

---

<sup>77</sup> Szasz Th. The Theology of Medicine: Political-Philosophical Foundations of Medical Ethics. – N.Y., 1977.

<sup>78</sup> Вентрикулярный – желудочковый. Относящийся к желудочку.

с глубокими обменными нарушениями и больных с нарушениями функций различных органов. В развитых странах в каждой большой больнице есть реанимационное отделение, располагающее самыми совершенными средствами жизнеобеспечения.

Как следствие этого, больные оказываются в новых ситуациях, когда можно искусственно поддерживать жизнь в серьезно пострадавшем человеке, абсолютно не надеясь привести его в сознание и вернуть к нормальной жизни. Это послужило причиной горячих дискуссий по поводу ненужной реанимации и права на смерть. Пищей для таких дискуссий служили также некоторые известные случаи необоснованно затянутой реанимации. Так, например, случай с Карен Квинлан (которая впала в коматозное состояние в 1975 году, выжила, ей была отключена вся аппаратная поддержка, умерла в 1985 году, все еще находясь в коме). Или другой параллельно имевший место случай (Пол Бейли, который умер в 1982 году, пробыв 25 лет в коматозном состоянии). Такая затянутая реанимация пациентов при отсутствии какой-либо надежды на выздоровление послужила причиной того, что эвтаназия, равно как и "право на достойную смерть", становятся все более приемлемыми.

Возможность продления жизни детям с серьезными физическими недостатками также породила серьезные этические проблемы. Сегодня есть возможность поддерживать жизнь новорожденных с такими серьезными пороками развития, которые какое-то время назад не позволили бы им выжить, а именно: неврологические пороки типа гидроцефалии, миеломенингоцеле, spina bifida<sup>79</sup>. Не было бы лучше позволить таким детям умереть при рождении? Эта мысль послужила поводом для споров об эвтаназии другого рода.

## ГЛАВА 6. ДЕФИНИЦИЯ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ СМЕРТИ.

В 60-ых усовершенствование технологий для поддержания жизни и различные вызовы, которые они обусловили, вызвали рост биомедицинской этики как отдельной сферы деятельности. Одним из заметных вызовов была потребность определить смерть новым способом. В течение многих столетий, смерть была ясно обозначена отсутствием пульса или признаков дыхания. Однако, поскольку новые технологии типа аппарата искусственной вентиляции легких и аппарата искусственного кровообращения позволили врачам искусственно сохранять функции в сердце и легком, ясные признаки смерти стали более расплывчатыми. Медицинские этики прилагали усилия опреде-

---

<sup>79</sup> Spina bifida – расщелина позвоночника. Ограниченный дефект позвоночного столба с отсутствием дуг позвонков, через которые могут выступать оболочки спинного мозга со спинным мозгом или без него.

лить смерть новым способом, чтобы серьезно больные имели право жить, поддерживаемые технологией, в то время как те, кто в техническом отношении уже умерли, не сохранялись бы при помощи механизмов жизнеобеспечения. Большинство Европейских стран, в том числе Россия, Канада, Австралия, Центральные и Южноамериканские страны определяют смерть или как потерю всех независимых функций сердца и легкого, или как постоянную и необратимую потерю всей мозговой функции. В Соединенных Штатах, многие штаты приняли законодательство, формально признающее смерть мозга (потеря мозговой функции, которая управляет дыханием и сердечным сокращением) как свидетельство о смерти.

С древних времен считалось очевидным, что через несколько минут после остановки сердца и дыхания жизнь прекращается. Однако при внезапной остановке дыхания, вызванной удушением, утоплением или другими механическими факторами, дыхательные движения, как было установлено, можно восстановить и сохранить жизнь, пока бьется сердце. Таким образом, главным органом считалось сердце, и прекращение его деятельности отождествлялось со смертью. В середине XX в. развитие методов кардиореспираторной реанимации обеспечило возможность восстановления функций сердца и легкого, чего нельзя сказать о более чувствительном органе, каким является мозг. Итак, у человека, не способного самостоятельно дышать и реагировать на раздражители, благодаря работе механического респиратора может биться сердце. Считается ли такой человек живым? Отдельные аспекты этого вопроса имеют важное моральное, психологическое, религиозное и правовое значение. Если больных в коматозном состоянии с отсутствующим дыханием неопределенно долго держат в отделениях интенсивной терапии, расходы на их содержание становятся столь большими, что лишь немногие семьи могут себе позволить подобные затраты, особенно при отсутствии перспектив возвращения больного к профессиональной деятельности и прежней жизни. Оказание помощи этим лицам обременительно и для больниц.

С учетом этих противоречий введено **новое представление о смерти, основанное на доказательствах устойчивого отсутствия функций мозга**. Формирование такого представления кажется вполне оправданным. Действительно, по существу старые кардиореспираторные критерии смерти также косвенно свидетельствовали об утрате функций мозга. После прекращения сердечной деятельности и дыхания активность мозга неизбежно исчезала (до развития современных эффективных методов оживления и поддержания жизни, позволяющих восстановить деятельность сердца). Новые принципы констатации смерти привели к возникновению множества вопросов у врачей, теологов, юристов и широкой общественности. Через судебные постановления и правовые нормы **новая концепция** постепенно стала **основой для установления факта смерти при определенных условиях**. Поскольку широкие слои населения имели лишь общие представления о возможности установления факта смерти на основании отсутствия функций мозга в безнадежных случаях и у больных в коматозном состоянии, признания таких критериев удалось добиться с большим трудом. Многие все еще относятся с подоз-

рением к любой констатации смерти, если она не связана с остановкой сердца. Бьющееся сердце в их понимании несовместимо со смертью. В большинстве случаев это объясняется трудностью в различении понятий **процесса умирания** и **смерти как свершившегося факта**.

Этические и юридические проблемы, связанные с прекращением реанимационных мероприятий, обусловлены также потребностью в жизнеспособных органах для трансплантации. Широкая огласка этих спорных положений в массовой печати и специальных публикациях приводила общественность в замешательство и временами порождала недоверие к профессии врача.

## **6.1. Проблема определения смерти.**

### **6.1.1. Исторические предпосылки.**

Скрытым свидетельством интереса к смерти, хотя этому и нет документальных подтверждений, служат погребальные обряды доисторических времен во всех частях света.

Во времена первой египетской династии, около 4266 г. до нашей эры, жрецы из долины Нила создали манускрипт о смерти и сохранении тел умерших, названный позднее «Книгой мертвых». Отдельные фрагменты этого сочинения сохранились до наших дней. Похоронные церемонии, по крайней мере, для представителей знати, были предписаны традицией и неукоснительно соблюдались. Они были задуманы для подготовки умерших вельмож к загробной жизни. Сразу же после предполагаемой смерти человека жрец или другой человек делали надрез на левой половине живота умершего и поспешно извлекали нож, чтобы не навлечь на себя гнев близких и родственников покойного. Такой обычай возник в результате случаев ошибочного преждевременного установления смерти. Затем помощники извлекали внутренние органы, промывали полость ароматическими жидкостями и заполняли их мирром и ароматическими веществами. Через ноздри и гипофизарную ямку вводили крюк, извлекали по частям мозг, а полость черепа также заполняли специями. Тело обмывали солевым раствором и оставляли на 70 дней, затем обмывали еще раз, натирали камедью, обертывали полотнами тканей и помещали в деревянный саркофаг. Эти погребальные обряды великой цивилизации египтян отражали заботы человека о загробной жизни.

Ассирийская, вавилонская и сирийская цивилизации во времена египетских династий были слишком поглощены военными и общественными заботами, чтобы оказывать особого внимания умершим. Все-таки на полях сражений периодически приостанавливали военные действия, чтобы избавиться от погибших.

В период раннего христианства тела умерших людей помещали в пещеры, которые считались священными и располагались на некотором расстоянии от поселений. Обычай требовал захоронения в течение 24 ч после констатации

факта смерти, что диктовалось гигиеническими соображениями. Римляне кремировали умерших, что не было широко распространено у древних народов. Прах они помещали в ниши колумбариев, приспособленных для хранения сотен урн. Во втором веке, по мере распространения христианства, обрядовые формы захоронения вытеснили другие способы погребения умерших людей, такие как кремация и мумифицирование.

Обычаи захоронения у народов Востока соответствовали религиозным доктринам. В Индии у каждой из многочисленных религиозных каст существовали свои погребальные обряды. Зороастрийский обычай – оставлять трупы на растерзание птицам – в последующем был принят буддистами. Распространенным обрядом была кремация на погребальном костре. Дети отвозили одряхлевших сородичей – стариков на середину реки, обычно Ганга, где старики сами выбрасывались из лодки и либо тонули, либо становились добычей крокодилов. Некоторые умирали от голода, другие подвергали себя самосожжению или самопогребению в снегу. Подобные самоубийства поощрялись религиозными установлениями Брахманов, но неудавшиеся суицидальные попытки влекли за собой серьезные наказания. Такие обычаи указывают, что индусы проявляли поверхностное любопытство к загробной жизни, что для цивилизаций того времени не было исключением.

Погребальные обряды античных народов хотя и отражают их интерес или даже озабоченность вопросами, связанными со смертью, но ничего не говорят о методах определения смерти. Только из более поздних письменных источников известно о трудностях распознавания проявлений смерти. Немногим более чем за 100 лет до христианской эры, по свидетельству одного молодого греческого врача, при встрече с похоронной процессией он заметил легкое движение век на лице «трупа» и «воскресил» умершего. Это искусство приносило большую популярность. Конечно, такие «воскрешения» не представляли собой ничего необычного вследствие ненадежности в то время признаков смерти. Когда период между смертью человека и его погребением составлял несколько дней, «оживало» немало трупов; некоторые по пути на кладбище, но многие уже в могиле.

Авл Корнелий Цельс писал в VII в.: «Демокрит, человек, снискавший заслуженную известность, утверждал, что в действительности для врачей не существует достаточно убедительных признаков смерти». Восемьсот лет спустя Ambroise Pare<sup>80</sup> описал случай, происшедший с одним анатомом (по слухам, это был Везалий), который в присутствии врачей и лиц, не имевших отношения к медицине, перед тем, как сделать первый разрез для вскрытия трупа, с ужасом обнаружил, что «труп» оживает. Паре добавляет: «Врач, имевший до этого хорошую репутацию, решил, что лучший исход для него, чтобы остаться живым, это покинуть страну». Если это действительно был Везалий, ирония в данном случае в том, что он считался общественным обвинителем в Падуе в то время и именно он допустил впервые к вскрытию

---

<sup>80</sup> Цит. по: Уолкер А. Э. Смерть мозга: Пер. с англ. – М.: Медицина, 1988. - С.22.



студентов и создал первый выдающийся атлас анатомии человека «De Fabrica Humani Corporis».

Невозможно подсчитать (только по случаям «воскрешения из гроба»), сколько людей за последние четыре столетия были захоронены заживо, особенно в периоды эпидемий и военных конфликтов. Народные предания об оживавших и умерших уже в гробах людях и об обычае временного захоронения перед окончательным погребением свидетельствуют все же о том, что подобные несчастные случаи имели место.

К XIX в. подобные «воскрешения» стали настолько обычными, что обусловили появление различного рода мер, направленных на усиление внимания при наблюдении за умершими людьми. В некоторых странах для того, чтобы получить достоверное подтверждение смерти, практиковалось выжидание в течение определенного времени, до появления признаков разложения трупа. Внимание наблюдателя или служителя морга было сосредоточено на возможных движениях тела, что отмечалось по звону колокольчика, привязанного к телу умершего. Тем не менее, вопреки таким мерам предосторожности, продолжали поступать сведения о «воскрешениях из мертвых». Рассказ Эдгара По «Заживо погребенный», опубликованный в 1844 г., побудил многих врачей к сообщению о случаях, действительно имевших место. В результате появилось множество подобных публикаций в американской, английской, французской, немецкой и испанской литературе. Были собраны сведения о большом числе случаев, когда смерть была установлена врачом, но впоследствии у «умерших» обнаруживались признаки жизни. В некоторых случаях люди жили после «воскрешения» лишь несколько часов, в других – в течение многих лет. К сожалению, причины такого «воскрешения» (прекращение действия лекарств, алкоголя или же своеобразное течение каких-то системных заболеваний) обычно оставались неизвестными. В конце XVIII в. для подтверждения смерти людей, находящихся в бессознательном состоянии, были установлены объективные признаки, главным из которых являлось отсутствие дыхания.

Основными признаками смерти в последние столетия служили отсутствие дыхания и остановка сердца, и было разработано много способов установления нарушений именно этих витальных функций. Для подтверждения прекращения кровообращения стягивали палец ниткой, и если его цвет изменялся, это означало, что кровообращение не прекратилось, и человек считался живым. В 1918 г. французским законодательством было принято положение, согласно которому для подтверждения смерти необходимо производить артериотомию; человека признавали умершим, если после рассечения височной или лучевой артерий не возникало кровотечения. Законом предусматривалось также внутривенное введение флюоресцирующего раствора: если человек был жив, через полчаса конъюнктивы и слизистые оболочки глаз приобретали зеленовато-желтый цвет.

Использовались различные способы выявления дыхательных движений грудной клетки. Например, врач помещал какой-либо легкий предмет перед носом или ртом человека, чтобы определить неощутимое движение воздуха,

возникающее при дыхании; вывод о сохранности дыхания делался и при запотевании зеркала, помещенного над губами. В других случаях на грудь человеку ставили стакан, наполненный водой, – при дыхательных движениях вода расплескивалась. Вопреки таким мерам предосторожности некоторых лиц с отсутствующим пульсом (особенно в случаях алкогольной комы или длительного охлаждения), помещали в больницы и считали умершими, но после отогревания они вновь возвращались к жизни. С развитием аускультации сердца и, позднее, электрокардиографии, с помощью которых диагностика смерти стала относительно безошибочной, люди перестали бояться преждевременного погребения.

Достижения трансплантационной хирургии возродили опасения в отношении возможности преждевременного установления смерти для извлечения органов у трупа с еще бьющимся сердцем. Эти опасения поддерживались сенсационными сообщениями в печати о больных, пришедших в сознание буквально перед самой процедурой извлечения у них органов. Отрицать или подтверждать подобные факты чаще всего не представлялось возможным. Однако развитие методов реанимации действительно предоставило возможность оживления больных с обычными признаками смерти (отсутствие самостоятельного дыхания и прекращение сердечной деятельности). В условиях массовой гибели людей (во время военных сражений или крупных катастроф) нередко за умерших принимали тех, кто находился в состоянии шока. В 1967 г. одного солдата после безуспешных реанимационных мероприятий, проводившихся в течение 45 мин, сочли умершим, и только благодаря усилиям санитаря, обнаружившего у него признаки жизни перед началом балзамирования, этот солдат не был похоронен заживо. Даже в 80-х годах нашего века можно встретить в печати сообщения о людях, очнувшихся в морге. Как правило, эти лица подвергались длительному охлаждению или были отравлены лекарствами; и то и другое настолько снижает метаболические потребности, что позволяет пережить в течение нескольких часов полное прекращение или резкое угнетение мозгового кровообращения.

### **6.1.2. Вопросы терминологии.**

В течение тысяч лет, определение смерти включало прекращение – почти одновременно – дыхания и сердечного сокращения. Когда дыхание прекращается, обычно начинается кардиальная гипоксия<sup>81</sup>; она обычно сопровождается остановкой сердца и затем ишемией<sup>82</sup>. Ишемия мозга очень быстро разрушает мозговую ткань. Это – традиционный критерий **смерти всего организма**.

Стандарт, относящийся ко всему организму, стал несоответствующим, когда были разработаны вентиляторы, которые позволили искусственную вентиляцию легких у пациентов с поврежденным мозгом. При использовании

---

<sup>81</sup> Кардинальная гипоксия – недостаток кислорода.

<sup>82</sup> Ишемия – недостаток кровотока к области.

аппаратов искусственного кровообращения, грубые телесные функции могли бы сохраняться без большинства мозговых функций. В 1967, хирург, Кристиан Бернард пересади сердце Денисы Дарвалл в умирающего пациента по имени Луис Вашкански. В связи с этим возник вопрос, была ли донор действительно мертвой прежде, чем ее сердце было удалено, так как ее до этого поддерживали при помощи аппарата искусственного кровообращения. Новый критерий смерти был необходим, чтобы определить, когда органы могли бы быть удалены из еще "живого" тела.

**Смерть мозга** – альтернатива смерти всего организма – была сначала описана в медицинской литературе в 1959. Существует несколько стандартов смерти мозга.

С появлением новых технологий, специалисты по неврологии узнали некоторые новые неврологические синдромы, к которым применялся массив запутывающих и противоречивых терминов.

Несколько медицинских событий выделяется в ранний период изучения этих новых неврологических синдромов.

1. В 1959, французы первыми описали синдром смерти мозга. Благодаря появлению в 50-е годы XX в. средств оказания помощи больным в бессознательном состоянии с отсутствующим дыханием, стало возможным поддерживать жизнь таких больных в течение длительного времени. Mollaret (Париж) для описания состояния таких неподвижных, находящихся в бессознательном состоянии больных предложил термин «**запредельная кома**» (*coma depasse*), что означает **полное отсутствие двигательной активности и чувствительности безотносительно к какому-либо анатомическому поражению**.<sup>83</sup> Хотя к этому термину прибегали клиницисты, его неопределенность не удовлетворяла некоторых французских невропатологов. Кроме того, очень трудным, оказалось, подыскать соответствующий термин на других языках.

2. В 1968, специальный комитет Гарвардской медицинской школы сформулировал специфические неврологические критерии, чтобы диагностировать смерть мозга ("Область определения необратимой комы," 1968).

Вскоре после выполненной Бернардом операции по трансплантации (этот выбор времени не был совпадением), специальный комитет в Гарвардской медицинской школе разработал Гарвардские критерии смерти мозга. **Критерии Гарварда** оперативно **определяли смерть мозга как поведение, которое указывало на неосознанность внешних стимулов, отсутствие телесных движений, самопроизвольного дыхания и рефлексов, и две изоэлектрические (почти плоские) электроэнцефалограммы (ЭЭГ), считываемые с интервалом в 24 часа**. Эти критерии требовали потерю фактически всей мозговой деятельности (включая ствол мозга, и, следовательно, дыхания). Критерии Гарварда были чрезвычайно осторожны: никто, объявленный мертвым в соответствии с этими критериями, не восстанавливал когда-либо сознание. Критический консерватизм стандарта Гарварда известен, и вызы-

---

<sup>83</sup> Mollaret P., Coulon M. Le coma depasse. – Rev. Neurol., 1959, 101,5-15.

вал сожаление у людей, ожидающих трансплантацию органа от доноров, которые должны быть объявлены лицами с мертвым мозгом. Относительно немногих потенциальных доноров – умирающие пациенты со здоровыми органами – удовлетворяли стандарту Гарварда в течение последних 30 лет. (Пациенты, которые были коматозными в течение длительного времени, могут быть более вероятными, чтобы удовлетворить этому стандарту, но они не имеют здоровых, пригодных для трансплантации органов в момент смерти.)

Термин «**необратимая кома**», предложенный специальным комитетом Гарвардской медицинской школы, оказался неудачным. Дело в том, что он обычно использовался при описании многих коматозных состояний с сохраненной респираторной функцией.

3. В 1972, Bryan Jennett из Шотландии и Fred Plum из Соединенных Штатов, впервые описали и ввели термин "**постоянное вегетативное состояние**," или ПВС (PVS).

Ряд терминов использовался, чтобы описать медицинский синдром смерти мозга: церебральная смерть, запредельная кома, и необратимая кома. Термины, которые использовали в качестве неточных эквивалентов для постоянного вегетативного состояния, имели в своём составе: апаллическое<sup>84</sup> состояние, смерть неокортекса<sup>85</sup>, необратимая кома и постоянное бессознательное состояние. Термины «апаллическое состояние», «смерть неокортекса», «необратимая кома» и «постоянное бессознательное состояние» использовались в качестве неточных эквивалентов для постоянного вегетативного состояния. Возникла также необходимость отличать эти новые неврологические синдромы от уже широко распространенных и вполне признанных неврологических состояний, как, например, кома и деменция. Намного более новые термины, например постоянное вегетативное состояние, использовались исключительно для того, чтобы описать клиническое состояние. Другие термины, подобно апаллическому состоянию или смерти неокортекса, пытались

---

<sup>84</sup> **Апаллический синдром.** Апаллический синдром имеет другие названия: длительное бессознательное состояние, акинетический мутизм, состояние децеребрации, кома при бодрствовании, необратимое вегетативное состояние и смерть неокортекса. Этот синдром характеризуется полной ареактивностью больного, отсутствием высших корковых функций и целенаправленных движений в ответ на внешние раздражения. У некоторых больных отмечают признаки бодрствования, такие как открывание глаз или изменения на электроэнцефалограмме (ЭЭГ) при стимуляции, но никогда не регистрируются признаки познавательной деятельности или ощущений. Однако у таких больных можно выявить заметную активность стволовых образований. Кроме того, у них сохраняются самостоятельное дыхание (если оно отсутствовало вначале, то восстанавливается в течение нескольких дней), реакция зрачков на свет, движения, характерные для децеребрации, а также другие стволовые рефлекссы.

<sup>85</sup> **Смерть неокортекса.** Этот термин обозначает отсутствие функций коры мозга, обычно обусловленное ее деструкцией при сохранности таких подкорковых структур, как зрительные бугры, подкорковые узлы, ствол мозга и мозжечок. В клинически чистом виде такое состояние встречается редко, чаще в сочетании с различными поражениями подкорковых структур, что дает клиническую картину комы с обычно сохраненными функциями ствола, включая регуляцию дыхания и рефлекссы. Большое число терминов применяется в качестве синонимов смерти неокортекса: *церебральная смерть, длительная кома, состояние декортикации или децеребрации, устойчивое вегетативное состояние, длительное бессознательное состояние* и др.

соотнести потерю неврологической функции с основными патологическими изменениями в мозге.

Невропатологи предпочли название, учитывающее данные морфологии, и поэтому пользовались двумя терминами, обозначающими смерть мозга: **смерть мозга (brain death)** и **церебральная смерть (cerebral death)**. Эти термины употреблялись вначале как синонимы, но в дальнейшем стали обозначать различные патологические состояния:

- **смерть мозга** предполагает **прекращение деятельности всего мозга (включая ствол)**,
- **церебральная смерть** – **отсутствие функций полушарий большого мозга** (в том числе конечного мозга, подкорковых узлов и обонятельного мозга).

Еще недавно предпочитали термин «**церебральная смерть**». Позднее этим термином стали обозначать длительное коматозное состояние (в некоторых случаях с изоэлектрической электроэнцефалограммой), но когда сохраняются функции ствола мозга, особенно функции дыхания. Можно ли считать живым человека, у которого сохранились только функции мозгового ствола и спинного мозга? Некоторые врачи, теологи и юристы считают таких лиц умершими. Термин «**смерть мозга**» сохранен для обозначения полного отсутствия функций всего мозга.

Таким образом, с 1994 года, существуют две различные **правовые/философские позиции относительно того, что означает быть мертвым в терминах функций мозга**. *Одна, ориентированная на весь мозг позиция, считает человека мертвым, если имеется необратимая потеря всех функций мозга (смерть мозга)*. *Другая, которая в настоящее время не является законом в какой-либо юрисдикции, объявила бы человека мертвым, когда имеется необратимая потеря более высоких функций мозга (постоянное бессознательное состояние)*.

Современные дилеммы, окружающие эти новые синдромы, например, когда уместно остановить лечение и когда произошла смерть, также подняли фундаментальные вопросы о значении таких медицинских понятий, как сознание, понимание, самопонимание, добровольное взаимодействие со средой, целенаправленное движение, боль, и психологическое и физическое страдание.

## 6.2. Критерии смерти.

До середины двадцатого столетия, не было никакой большой дискуссии по вопросу о критериях смерти. В девятнадцатом столетии несколько изолированных случаев преждевременных похорон со всех концов мира поднимали некоторую тревогу, и были введены гарантии (например, гробы, оборудованные сигнализацией), чтобы минимизировать возможность этой неудачной

практики. Но интерес к точности диагностирования смерти в значительной степени ослаб с началом двадцатого столетия.

Однако с появлением более эффективных искусственных респираторов в 40-ых годах, главные крупные технологические достижения в современной медицине подняли серьезные вопросы о традиционных способах диагностирования смерти. До широко распространенного использования респираторов, дефибрилляторов, отделений интенсивной терапии и кардиопульмональной реанимации, отказ сердечной, респираторной и неврологической функций были близко связаны. Когда одна система выходила из строя, две другие также неизбежно выходили из строя. Но респираторы и другие передовые системы жизнеобеспечения могут теперь поддерживать сердечные, респираторные (дыхательные) и другие автономные функции в течение длительных периодов времени даже после того, как прекратились неврологические функции.

Умирание, всегда считавшееся простым переходом от активного состояния к бездеятельному, сейчас осознается как сложный процесс, охватывающий различным образом и в разной степени все ткани организма. В обычных условиях критическое снижение оксигенации или мозгового кровотока всего на несколько минут настолько истощает резерв кислорода в мозге, что возникает анаэробный метаболизм, и развиваются необратимые изменения вещества мозга. С другой стороны, сердце, печень и почки могут возобновлять свои функции и после обусловленного отсутствием кровообращения длительного кислородного голодания. Тем не менее, если период кислородного голодания чрезмерно затянется, тогда и эти органы полностью исчерпают собственные резервы кислорода и их ткани подвергнутся таким катаболическим изменениям, что не помогут никакие мероприятия по их оживлению.

Точное знание последовательности процессов, происходящих при гибели организма, стало практически значимым с середины XX в., когда врачи сосредоточили свое внимание и изобретательность на развитии методов оживления, способных поддержать жизнь больных, находящихся в коматозном состоянии. Усовершенствование аппаратов для искусственной вентиляции легких и закрытый массаж сердца позволили обеспечить восстановление сердечной деятельности, а поддержание функций легких и сердца, в свою очередь, было условием восстановления других жизненно важных функций организма. К сожалению, иногда проведение этих мероприятий начинают настолько поздно, что мозг, чувствительный к аноксии, гибнет полностью или частично. Это приводит к исчезновению активности всего организма, требующего применения искусственных мер для поддержания дыхания. Такие тела с искусственно поддерживаемыми вегетативными функциями были предметом обсуждения во многих статьях и на симпозиумах.

Возникла настоятельная необходимость в том, чтобы придать более точную формулировку понятию «смерть» и определить ее медицинские критерии, поскольку все большее число больных с поддерживаемыми искусственными средствами дыханием и питанием занимают больничные койки, тре-

буют времени и особого внимания высококвалифицированного медицинского персонала.

Как мы уже указывали, в 1967 хирург Кристиан Бернارد пересадил сердце Дэнис Дарвалл в умирающего пациента по имени Луис Вашкански. Тогда и возник вопрос, была ли донор действительно мертвой прежде, чем ее сердце было удалено, так как до тех пор ее поддерживали при помощи аппарата искусственного кровообращения. Новый стандарт смерти был необходим, чтобы определить, когда органы могли бы быть удалены из еще "живого" тела.

Все эти проблемы, усложнены философской неоднозначностью относительно природы смерти, дебатами о критериях смерти, и природе постоянно-го вегетативного состояния<sup>86</sup>.

Философская и даже теологическая неоднозначность относительно природы смерти ясно видна в спорах о том, является ли смерть концом всего существования, повторным входом в другую жизнь на земле, или переходом к вечности блаженства или наказания. Даже **обобщенная дефиниция смерти**, например, как **полного изменения в статусе живого существа, характеризующегося необратимой потерей тех функций, которые особенно важны для него, или смерти как необратимой потери способности к социальному взаимодействию**<sup>87</sup>, не решает проблему. Мы все еще нуждаемся в социальном соглашении о том, какие признаки являются по существу важными, и какой уровень социального взаимодействия является достаточным. Из-за отсутствия философской ясности, мы вынуждены обратиться к юридическим определениям смерти.

### **6.2.1. Традиционные критерии.**

Со всеми противоречиями, окружающими неврологические критерии смерти, традиционные критерии, связанные с биением (пульсацией) сердца и дыханием, остались в значительной степени неизменными и бесспорными. Исключение составляет программа Медицинского центра Питтсбургского университета, чтобы брать органы от некоторых пациентов как можно скорее после ожидаемой кардиопульмональной (лёгочно-сердечной) смерти.<sup>88</sup> Никакие значительные правовые или этические беспокойства не поднимались относительно традиционных критериев смерти. Медицинские организации во всем мире не чувствовали необходимость установить специфические клинические критерии для диагноза смерти, основанной на необратимой потере сердечной и респираторной функции. Медицинские консультанты в *Президентской комиссии по изучению этических проблем в медицине, биомедицинском и поведенческом исследовании* (Президентская Комиссия) рекомендова-

<sup>86</sup> Cranford Ronald E. "The Persistent Vegetative State: The Medical Reality (Getting the Facts Straight)." The Hastings Center Report, 18:1, 1988. - Pp.27-32.

<sup>87</sup> Veatch Robert M. The Patient as Partner: A Theory of Human-Experimentation Ethics. – Bloomington, IN: Indiana University Press, 1987.

<sup>88</sup> Lynn J. "Are the patients who become organ donors under the Pittsburgh protocol for "Non-heart beating donor" really dead?" Kennedy Institute of Ethics Journal 3, 1993, no. 2:167-178.

ли, чтобы *клиническое исследование обнаружило, по крайней мере, отсутствие сознания, биения сердца и дыхательного усилия*. Они также рекомендовали, чтобы клиническое исследование установило необратимость постоянной потери этих функций в течение соответствующего периода наблюдения и пробы терапии ("Руководящие принципы для определения смерти," 1981). Но эти консультанты не рекомендовали никакого отрезка времени на этот период наблюдения.

### **6.2.2. Смерть мозга.**

Неврологический синдром смерти мозга теперь был принят медицинской профессией как особый клинический объект, который квалифицированные клиницисты могут диагностировать с чрезвычайно высокой степенью достоверности, легко отличая его от других неврологических синдромов.

Смерть мозга определяют как необратимое прекращение всех функций всего мозга, включая ствол мозга.

Если мозг можно рассмотреть упрощенно, как состоящий из двух частей, мозговых полушарий (высшие центры) и ствола мозга (низшие центры), тогда смерть мозга – разрушение всего мозга, и мозговых полушарий и ствола мозга.

Напротив, в постоянном вегетативном состоянии, мозговые полушария обширно и необратимо повреждаются, но ствол мозга остается относительно не поврежденным<sup>89</sup>.

Понимание патологической последовательности событий, которая ведет к смерти мозга необходимо, чтобы оценить в целом, почему смерть мозга – такой уникальный синдром и почему его можно легко отличить от других неврологических синдромов с такой высокой степенью уверенности. Хотя ряд инсультов может заставлять мозг умирать, головная травма, кардиореспираторный отказ, и внутримозговое кровоизлияние – наиболее общие причины. Какой бы ни была основная причина, патологическая последовательность – по существу та же самая почти во всех случаях. Острый массивный инсульт вызывает набухание мозга (мозговой отёк). Так как мозг содержится внутри замкнутой полости, это набухание мозга вызывает массивное увеличение внутричерепного давления. В смерти мозга, это увеличенное внутричерепное давление становится настолько большим, что оно превышает систолическое давление крови, таким образом, вызывая потерю потока крови, и к мозговым полушариям и к стволу мозга. Какой бы ни была первичная причина смерти мозга, этот конечный результат потери потока крови имеет своим результатом массивное разрушение всего мозга. Эта последовательность событий обычно происходит в течение нескольких часов после пер-

---

<sup>89</sup> Cranford Ronald E. "The Persistent Vegetative State: The Medical Reality (Getting the Facts Straight)." The Hastings Center Report, 18:1, 1988. - Pp.27-32.



вичного события, так что смерть мозга можно диагностировать в пределах короткого периода времени с необычно высокой степенью уверенности.

Потеря и мозгового полушария и функции ствола мозга обычно совершенно очевидна для опытного клинициста из клинического наблюдения у больничной койки. Пациент находится в коме – самая глубокая возможная кома, подобное сну состояние соединяется с потерей всех функций ствола мозга, типа

- зрачковой реакции на свет;
- позыва на рвоту, глотания, и кашлевого рефлекса;
- движения глаз в ответ на пассивный поворот головы (окулоцефалический рефлекс) и в ответ на тепловую стимуляцию холодом (окуловестибулярный рефлекс);
- спонтанных дыхательных усилий.

Однако в то время как дыхание полностью зависимо от функционирования ствола мозга, сердечная функция может продолжаться независимо от разрушения мозга, так как сердце имеет независимый механизм для спонтанной работы (полуавтономное функционирование). С современными системами жизнеобеспечения, продолжение сердечных функций и функций давления крови может сохраняться в течение часов, дней, или даже более длительно. Сообщали о чрезвычайно редких случаях непрерывных сердечно-сосудистых функций в течение более чем года в присутствии потери всех функций мозга.

В 70-ых и 80-ых годах, многочисленные медицинские организации во всем мире разработали специфические медицинские критерии для диагноза смерти мозга.<sup>90</sup> основополагающие международные критерии явились из Швеции, Японии, Великобритании и Канады. В Соединенных Штатах, имеющие наибольшее значение критерии были изданы Гарвардским Университетом, Университетом Штата Миннесота, Национальными Институтами Здоровья, Корнельским Университетом и Президентской Комиссией. *Все эти стандарты, по существу пришли к согласию по трем клиническим заключениям: кома, отсутствие дыхания (потеря спонтанного дыхания) и отсутствие рефлексов ствола мозга.*

В Советском Союзе, проблемы смерти мозга обсуждались на Дунайском симпозиуме, проводившемся в Москве в конце 1984 г. На симпозиуме обсуждались проблемы, которые волновали неврологов и нейрохирургов других стран: распознавание, дифференциальная диагностика, клинические проявления смерти мозга и вопросы, относящиеся к применению параклинических исследований, подтверждающих ее наступление.

Критической проблемой, отличающей международные критерии, было не клинические результаты, но как точнее установить **необратимость**. **Великобритания**, подчеркивающая использование лабораторных исследований типа электроэнцефалографии, сосредоточилась на базисном диагнозе как клиническом и утверждала, что самый лучший способ установить необратимость

---

<sup>90</sup> Bernat J.L. "Ethical Issues in Neurology." In *Clinical Neurology* / Edited by Robert J. Joynt. – Philadelphia: J.B. Lippincott, 1991. - Pp.1-105.

состоял в том, чтобы препятствовать любым реверсивным процессам до окончательного определения смерти мозга (Конференция Королевских Колледжей<sup>91</sup>. 1976). Реверсивные процессы, которые могли бы имитировать смерть мозга, включают ряд седативных (успокаивающих) лекарственных терапий и гипотермию<sup>92</sup>. Англичане также рекомендовали период наблюдения, по крайней мере, в течение двенадцати часов. Напротив, **Шведские критерии** меньше сосредоточились на периоде наблюдения и больше на потребности в точных лабораторных исследованиях, чтобы документально подтвердить потерю потока крови на мозг, например при помощи интракраниальной<sup>93</sup> ангиографии. В **Соединенных Штатах**, более ранние стандарты подчеркивали использование электроэнцефалографии, чтобы установить электрическое молчание мозга (потеря всей электрической деятельности мозга); более современные стандарты, сосредоточились на установление потери интракраниальной циркуляции посредством радиоизотопной ангиографии. Отчет медицинских консультантов Президентской Комиссии 1981, который стал окончательным медицинским стандартом в Соединенных Штатах, рекомендовал период наблюдения, по крайней мере, в течение шести часов, который дополнялся подтверждающим исследованием, типа тестов, измеряющих интракраниальную циркуляцию ("Руководящие принципы для Определения Смерти," 1981<sup>94</sup>). Если никакие подтверждающие лабораторные исследования не выполнялись, тогда предлагался период наблюдения, по крайней мере, в течение двенадцати часов – предполагая, что все реверсивные причины потери функций мозга были исключены. В случаях повреждения мозга, вызванного недостатком крови или кислорода (гипоксик-ишемическая энцефалопатия), консультанты рекомендовали период наблюдения в течение, по крайней мере, двадцати четырех часов, если подтверждающие исследования не выполнялись.

Диагноз смерти мозга у новорожденных, младенцев, и детей часто более труден, чем у взрослых. Главная причина этой трудности – то, что обычная патологическая последовательность событий у взрослых, ведя к увеличиваемому внутричерепному давлению и потере всего потока крови в мозг, не относится к новорожденному и младенцу, потому что черепная полость еще не закрылась полностью. Таким образом, механизм смерти мозга у новорожденных и младенцев может быть отличным, чем это происходит у старших детей и взрослых.

Специальная комиссия по определению смерти мозга у детей, представляющая несколько организаций неврологических и педиатрических специальностей в Соединенных Штатах, разработала специфические диагностические критерии в младших возрастных группах (Специальная комиссия по оп-

---

<sup>91</sup> Diagnosis of brain death. In: Conference of Royal Colleges and Faculties of the United Kingdom. – *Lancet*, 1976, 2:1069-1070.

<sup>92</sup> низкая температура тела – ниже 32.2° С.

<sup>93</sup> Внутричерепной.

<sup>94</sup> Guidelines for the Determination of Death: Report of the Medical Consultants on the diagnosis of death to the U.S. President's Commission for the study of ethical problems in medicine and biomedical and behavioral research." In: *Journal of the American Medical Association*. 1981, 246, no 19:2184-2186.

ределению смерти мозга у детей, 1987). Эта специальная комиссия установила, что будет чрезвычайно трудно установить смерть мозга у новорожденных возраста меньше семи дней. Специальная комиссия рекомендовала, чтобы

- у младенцев возраста от семи дней до двух месяцев, имелись два отдельных клинических исследования и две электроэнцефалограммы, отделяемые, по крайней мере, сорока восьмью часами;
- для младенцев от двух месяцев до одного года, два клинических исследования и две электроэнцефалограммы, отделяемые, по крайней мере, двадцатью четырьмя часами;
- и для детей свыше одного года, критерии, подобные тем, что установили у взрослых.

Хотя нет юридической дефиниции, принятой всеми государствами, **«Положение о едином определении смерти»** было принято многими и предусматривает:

Индивидуум, кто перенес или (1) необратимое прекращение циркуляторных<sup>95</sup> и дыхательных функций или (2) *необратимое прекращение всех функций всего мозга, включая ствол мозга*, мертв. Определение смерти должно быть сделано в соответствии с принятыми медицинскими стандартами (курсив добавлен).

*Гарвардский критерий необратимой комы*<sup>96</sup> – пример одного набора медицинских стандартов. Эти критерии требуют сначала устранения возможности гипотермии и комы, вызванной барбитуратами, и затем применение следующих четырех тестов:

1. невосприимчивость и отсутствие реакции даже на очень болезненные стимулы;
2. никакого движения или дыхания в течение часового периода наблюдения;
3. никаких рефлексов;
4. плоская электроэнцефалограмма.

Все эти тесты должны быть повторены спустя 24 часа. Другие тесты предложены различными группами. Точка зрения, которую следует подчеркнуть, состоит в том, что процесс решения, что чей-то мозг является мертвым – не вопрос единственного, простого критерия.

Где этот законодательный акт о правах смертельно больного является действующим, общество расценивает необратимое прекращение всех мозговых функций, согласно принятым медицинским критериям, как смерть человека. Человек должен быть объявлен мертвым, и нет никакой нужды в разрешении заместителей, чтобы прекратить лечение. Cranford<sup>97</sup> отмечает, что деликатность требует обсудить вынесение решения с семьей так, чтобы она отнеслась с пониманием.

В тех государствах, где смерть мозга еще не является вопросом права, человек не может юридически считаться умершим, но если имеет место смерть

<sup>95</sup> относящихся к кровообращению.

<sup>96</sup> Beauchamp T.L., and Perlin S. *Ethical Issues in Death and Dying*. – Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1978.

<sup>97</sup> Cranford Ronald E. "The Persistent Vegetative State: The Medical Reality (Getting the Facts Straight)." *The Hastings Center Report*, 18:1, 1988. - Pp.27-32.

мозга, лечение, конечно, медицински не показано, так как оно не может приносить человеку пользы.

В России с 1985 г. действует утвержденная Минздравом СССР и согласованная с законодательными органами страны «Инструкция по констатации смерти в результате полного необратимого прекращения функций головного мозга». С принятием в 1993 году закона РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека» новая концепция в нашей стране получила соответствующую правовую основу.

### **6.2.3. Постоянное бессознательное состояние.**

Синдромы постоянного бессознательного состояния включают два главных типа. *Первый – необратимая кома: с закрытыми глазами, подобное сну, неспособное к пробуждению бессознательное состояние. Второй – постоянное вегетативное состояние: с открытыми глазами, бодрствующее бессознательное состояние* (U S Президентская Комиссия, 1993). Эта статья не занимает никакой позиции по этическим и правовым проблемам, которые содержатся в выборе между формулировками смерти всего мозга и смерти высшего мозга, а описывает неврологические синдромы необратимого бессознательного состояния, которое (обычно) рассматривалось бы медицинской основой для формулировки смерти высшего мозга.

#### *а. Необратимая кома.*

Необратимая кома – редкий неврологический синдром, потому что большинство пациентов с повреждением, достаточным, чтобы вызывать повреждение ствола мозга, приводящего к необратимой коме, умирают вскоре – или естественно или потому что принимаются решения, чтобы прекратить лечение из-за плохого прогноза. Случаи длительной (больше чем несколько недель) необратимой комы происходят, но чрезвычайно редко.

#### *б. Постоянное вегетативное состояние.*

**Вегетативное состояние** имеет три главных класса, в зависимости от временного профиля начала и последовательности повреждения мозга.

Первое – **острое вегетативное состояние**. Это происходит, когда начало повреждения мозга внезапно и серьезно, например, в результате травмы головы (**травматическое вегетативное состояние**) или потеря потока крови в мозг, вызванная внезапной сердечно-дыхательной недостаточностью (**гипоксически-ишемическое вегетативное состояние**).

Второй – **дегенеративное, или метаболическое, вегетативное состояние**, где повреждение мозга начинается постепенно и прогрессирует медленно в течение периода от месяцев к годам. У взрослых, наиболее общая форма дегенеративного вегетативного состояния – заключительная стадия болезни

Альцгеймера, в то время как у детей это – заключительная стадия ряда дегенеративных и метаболических<sup>98</sup> заболеваний детства.

Третья форма – **врожденное вегетативное состояние**, вторичное к ряду серьезных врожденных мальформаций<sup>99</sup> мозга, присутствующих при рождении, типа анэнцефалии.

Вегетативное состояние рассматривается устойчивым, когда оно присутствует более длительный период, чем один месяц, в острой форме, и постоянным (необратимым), когда условие становится необратимым. Точная распространенность неизвестна, но оценено, что в Соединенных Штатах имеются приблизительно 10.000-25,000 взрослых и 4,000-10,000 детей в вегетативном состоянии (Multisociety Task Force on PVS, 1994). Этот синдром, когда он становится необратимым, является главным неврологическим условием, которое является прототипом для формулировки смерти высшего мозга.

#### **6.2.4. Вегетативное состояние.**

**Вегетативное состояние характеризуется потерей всех высших функций мозга, с относительным сохранением функций ствола мозга.** Так как функции ствола мозга все еще присутствуют, активизирующие механизмы, содержащиеся в стволе мозга, относительно не повреждены, и, следовательно, пациент не в коме. Пациент имеет циклы сон/бодрствование, но никогда не проявляет какие-либо признаки сознания, понимания, сознательного взаимодействия с окружением, или целенаправленных движений. Таким образом, пациент может быть активен, но всегда не осознающим – бессмысленное бодрствование.

В отличие от смерти мозга, где патология и последовательность изменений – относительно одинакова, независимо от первичной причины повреждения мозга, патологические изменения в вегетативном состоянии изменяются в основном с причиной бессознательного состояния. Несмотря на то, что существует множество разнообразных причин, есть две наиболее общих причины острой формы – **травма головы** и **гипоксически-ишемическая энцефалопатия**. В травме головы, главное повреждение происходит из-за рвущихся повреждений подкоркового белого вещества (тракты волокна, соединяющие клеточные тела мозговой коры с остальной частью мозга) мозговых полушарий. В **гипоксически-ишемической энцефалопатии**, первичное повреждение происходит в нейронах непосредственно в мозговой коре. Эти различные образцы повреждения мозга важны по нескольким причинам: 1) какие возможности для восстановления неврологических функций и 2) время, необходимое, чтобы установить необратимость изменения согласно основной причине.

Для пациентов – взрослых и детей –, находящихся в гипоксически-ишемическом вегетативном состоянии дольше, чем три месяца, прогноз для

---

<sup>98</sup> Нарушения обмена веществ.

<sup>99</sup> Врожденные пороки.

восстановления одинаково мрачен. Громадное большинство тех, кто восстанавливается и поправляется после гипоксически-ишемического инсульта на мозг – те, кто восстановили сознание в первые три месяца. Для взрослых в травматическом вегетативном состоянии, большинство, кто поправляется, будет обычно восстанавливать сознание в пределах шести месяцев повреждения. Прогноз для восстановления детей в травматическом вегетативном состоянии немного более благоприятен, чем для взрослых (Council on Scientific Affairs and Council on Ethical and Judicial Affairs. 1990). Однако и у детей и взрослых, период наблюдения, по крайней мере, в двенадцать месяцев, может быть подходящим перед установлением необратимости (The Multi-Society Task Force on PVS, 1994).

Несмотря на то, что были установлены специфические медицинские критерии для смерти мозга многочисленными организациями во всем мире, не было установлено никаких сравнимых критериев для диагноза вегетативного состояния. Маловероятно, чтобы какие-либо критерии, такие же специфические как для смерти мозга, будут сформулированы в ближайшем будущем, потому что диагноз вегетативного состояния является далеко не таким точным и окончательным. Определение необратимости в смерти мозга обычно занимает часы и не изменяется в соответствии с этиологией. В то время как могут требоваться месяцы, чтобы установить необратимость в постоянном вегетативном состоянии, и время, необходимое, чтобы установить эту необратимость, изменяется в основном с причиной и возрастом (Рабочая группа Института медицинской этики (Institute of Medical Ethics Working Party). 1991).

Так как все пациенты в вегетативном состоянии находятся в бессознании, они неспособны, испытать страдание любого рода – психологическое или физическое. Эти пациенты обычно проявляют периоды открытия и закрытия глаз, сопровождающие циклы сон/пробуждение (бодрствование). Они также могут демонстрировать ряд выражений лица и движений глаз, которые происходят из более низких центров мозга и не указывают на сознание. Они могут, кажется, временами улыбаться и строить гримасы, но наблюдение в течение длительного периода времени не обнаруживает никакого доказательства какого-либо добровольного взаимодействия со средой или самопонимания (Исполнительный Совет, Американская Академия неврологии (Executive Board, American Academy of Neurology). 1989). Нейровизуальные исследования, типа аксиальной компьютерной томографии (АКТ) и ядерно-магнитный резонанс (ЯМР), может быть полезен в установлении серьезности и необратимости повреждения мозга. После нескольких месяцев в вегетативном состоянии, мозг начинает показывать прогрессирующую атрофию, прежде всего мозговых полушарий. Потеря сознания и неспособности испытывать страдание, установленное на основе клинических наблюдений, была подтверждена измерением метаболизма глюкозы и кислорода на уровне мозговой коры просмотром позитронной эмиссионной томографии (ПЭТ). Эти исследования показали 50-60 процентное уменьшение в мозговом корковом метаболизме,

уровень, совместимый с бессознательным состоянием и глубокой анестезией<sup>100</sup> (Levy et al., 1987).

Долгосрочное выживание пациентов в вегетативном состоянии всех возрастных групп коренным образом уменьшается, в сравнении с нормальной совокупностью. Вероятность жизни у взрослых пациентов – вообще приблизительно от двух до пяти лет; огромное большинство не будет жить больше чем десять лет. У пожилых пациентов, прогноз выживания еще хуже; многие не остаются в живых в течение больше чем нескольких месяцев. Младенцы и дети могут остаться в живых больше чем взрослые, но, вероятно, не так существенно. Некоторые исследования показали, что среднее ожидание жизни будет для младенцев до двух месяцев четыре года и приблизительно семь лет для детей от семи до восемнадцати лет (Ashwal et al., 1992). Случаи длительного выживания – более чем двадцать лет – известны, но редки. Самый длительный из известных оставшихся в живых, находится на сорок втором году вегетативного состояния; другой пациент жил в течение 37 лет и 111 дней без восстановления сознания.

## Резюме.

**Смерть мозга** следует отличать от **постоянного вегетативного состояния**. Постоянное вегетативное состояние (ПВС) происходит в результате повреждения коры головного мозга или неокортекса, который управляет познавательными функциями. По этой причине, оно могло бы быть названо *кортикальной* или *церебральной смертью*. Тело, однако, не является мертвым, так как функции ствола мозга продолжают полностью или частично. В этом состоянии может все еще иметь место самопроизвольное дыхание и сердечное сокращение. Люди в постоянном вегетативном состоянии часто активны, но они не осознают того, что происходит. Нет никакого сознательного взаимодействия со средой и никакого осознания себя или среды. Человек в этом состоянии лишен и будет постоянно испытывать недостаток даже того минимума, который составляет человеческую жизнь. Они, короче говоря, неспособны к любому человеческому взаимодействию.

Диагноз постоянного вегетативного состояния можно определить от трех до шести месяцев. Диагноз не всегда простой и кончается с различной степенью уверенности или вероятности, что состояние является необратимым. В этом случае должно быть ясно, что недостаток уверенности должно компенсироваться фактом, что благо, на которое нужно надеяться наиболее часто является минимальным, так как имеется повреждение более высоких функций.

---

<sup>100</sup> Levy D. E. et al. Differences in cerebral blood flow and glucose utilization in vegetative versus locked-in patients. In: Annals of Neurology 22. 1987, no.6:673-682.

Людей в этом состоянии следует лечить с состраданием и уважением и содержать свободными от боли и дискомфорта, но они не нуждаются в технологической поддержке или лечении, которое не принесет никакого улучшения их статуса.

Так как люди могут сохраняться в этом состоянии в течение ряда лет, будут иметь место серьезные проблемы с распределением ресурсов на их обслуживание, и это будет влиять на решения относительно того, сколько и какие виды ухода, включая питание и гидратацию, следует им предоставлять.

## ГЛАВА 7. ЭТИКА ПОДДЕРЖИВАЮЩЕГО ЖИЗНЬ ЛЕЧЕНИЯ.

Этические и правовые нормы существуют фактически во всех обществах, помогая защищать человеческую жизнь и регулировать ситуации, когда лишение жизни или не продление ее в этическом отношении оправдано. В большинстве западных обществ, в том числе в России, иудео-христианская традиция придала большое значение святости жизни. Современная медицина к тому же получила новые экстраординарные возможности продлевать жизнь. В продолжение последних нескольких десятилетий, медицинские лечения как, например, почечный диализ, кардиопульмональная реанимация, трансплантация органов, вспомогательная искусственная вентиляция лёгких, и даже снабжение пищей и водой искусственными средствами стали общепринятыми в больницах.

Несмотря на то, что эти новые методы лечения часто приносят пользу пациентам, восстанавливая их для хорошо функционирующей жизни, они часто могут использоваться в обстоятельствах, где они не могут ни приносить пользу, ни быть желаемыми пациентам. Где некогда пневмония была «другом старого человека», способом, которым "природа" завершала жизнь, ставшую серьезно истощенной, теперь время и способ смерти все более и более подчиняются человеческому контролю. Подойдя вплотную к поддержанию, лишению, или не продлению жизни, медицина обратилась, и к её собственным этическим традициям и к более широким этическим и религиозным традициям общества.

В этом разделе мы сначала выясним этическую основу для решений относительно поддерживающего жизнь лечения, вокруг которых сформировался значительный, хотя едва ли универсальный, консенсус<sup>101</sup>, и противопоставим ее различию между ординарным и экстраординарным лечением. Затем рас-

---

<sup>101</sup> Консенсус – Общее согласие по спорному вопросу, достигнутое в результате дискуссии и сближения позиций.



смотрим широкие альтернативные позиции по моральности лишения жизни и некоторое их значение для ухода за умирающими пациентами. Сосредоточиваясь на более специфических дискуссиях, мы затем обратимся к намеренному лишению жизни в сравнении с облегчением боли, которая ускоряет смерть, убийству и позволению умереть, не начав лечения в сравнении с остановкой лечения. Мы коснемся двух видных примеров поддерживающего жизнь лечения – реанимации и искусственно введенной пищи и воде, а также рассмотрим дискуссии по поводу поддерживающего жизнь лечения и самоубийства. Затем мы обратимся к двум классическим случаям в этике поддерживающего жизнь лечения и закончим обсуждением, поднятых ими этических проблем.

## 7.1. Этическая основа для принятия решений о поддерживающем жизнь лечении.<sup>102</sup>

### *а. Компетентные пациенты.*

В двадцатом столетии во многих странах, в том числе в России, принятие решений о медицинском лечении все более и более подпадает под сферу полномочий этической и правовой доктрины информированного согласия. Эта доктрина требует, чтобы лечение не применялось без информированного и добровольного согласия компетентного пациента. Из патерналистской и авторитарной традиции, в которой врач принимал почти все решения о лечении, и роль пациента состояла в том, чтобы следовать предписаниям доктора, появился новый идеал, который включает распределение принятия решений о лечении между врачами и пациентами. Врачи используют их знание, опыт и профессиональную подготовку, чтобы определить диагноз пациента и прогноз с возможными различными альтернативными методами лечения, рисками и выгодами каждого, включая вариант никакого лечения. Пациенты, с другой стороны, используют их собственные цели и ценности, чтобы провести различие и решить, какой выбор является наилучшим для них. **Общедоступное принятие решений** основано на признании факта, что тщательное, индивидуализированное принятие решений о лечении требует вкладов обоих.

Принципиальные этические ценности, которые лежат в основе *общедоступного принятия решений*, поддерживают **благополучие** пациента при уважении его **самоопределения** (свободного волеизъявления), или *автоно-*

---

<sup>102</sup> Поддерживающим жизнь считается любое лечение, которое продлевает ее независимо от лежащего в основе медицинского состояния больного. Такое лечение может включать искусственную вентиляцию легких, экстракорпоральный диализ с помощью аппарата "Искусственная почка", химиотерапию, антибиотикотерапию, искусственное питание и гидратацию. Одно время термин "пассивная эутаназия" использовался, когда речь шла об отмене или отказе от поддерживающего жизнь лечения. Однако сейчас многие эксперты воздерживаются от него.

*миш.* Термин "благополучие", как предполагается, отсылает к тому, что является наилучшим для индивидуального пациента, и зависит не только от "медицинских фактов", но также от собственных целей пациента и его ценностей. Предполагается также, что он сообщает о чрезвычайно важном моменте, а именно что продолжение поддержания жизни не всегда приносит пользу пациентам. Присутствует ли польза, зависит от характера поддерживаемой жизни и ценит ли сам пациент эту жизнь. **Самоопределение** – заинтересованность, которую обычно люди имеют в отношении себя в принятии важных решений относительно их жизни и согласно их собственным ценностям или концепции хорошей жизни. Способность к самоопределению позволяет людям брать контроль и ответственность за свою жизнь, и то, какими личностями они станут.

На основе этих двух ценностей, а также идеала общедоступного принятия решений и требования информированного согласия, которые они поддерживают, **компетентные пациенты имеют право взвесить выгоды и трудности альтернативных методов лечения, включая право выбора не лечения, и делать их собственный выбор.** Несмотря на то, что эта этическая основа применяется к любому лечению, она обеспечивает особенно сильную поддержку пациентам, принимающим решения о поддерживающем жизнь лечении. Когда отказ от поддерживающего жизнь лечения серьезно рассматривается, пациент часто является критически или смертельно больным и близок к смерти, а также часто находится в серьезно истощенном состоянии. Является ли продолжающаяся жизнь, в итоге, благом и желательной, или бременем и нежелательной, будет зависеть оттого, как индивидуальный пациент оценивает эту жизнь. Аналогично, самоопределение на такое важное решение, когда и каким образом жизнь приходит к концу или поддержана лечением, имеет особую важность.

#### *b. Некомпетентные пациенты.*

Когда отказ от поддерживающего жизнь лечения серьезно рассматривается, пациенты часто – вероятно обычно – некомпетентны, чтобы принимать решение за себя и, таким образом, другой человек должен решать за них. Биомедицинская этика и право уделили много внимания вопросу, кто должен решать о поддержке жизни за некомпетентных пациентов и какие стандарты должны использоваться. Ряд этических оснований поддерживает общую практику, используемую врачами и санкционированную судами, обращения к близкому члену семьи пациента, когда последний имеется в распоряжении. Большинство пациентов хотело бы, чтобы такой человек принимал эти решения за них, когда они неспособны делать это сами; в большинстве случаев, к тому же, обращение к близкому члену семьи уважает самоопределение пациента. Кроме того, близкий член семьи будет, как правило, знать пациента лучше всех, и будет, следовательно, в наилучшей позиции, чтобы определить, что желал бы пациент. Этот человек также, вероятно, должен будет больше всех заботиться о выполнении того, что является наилучшим для пациента. Обращение к нему, таким образом, поддерживает, и самоопределе-

ние пациента и его благополучие. В конечном счете, в большинстве обществ семья – это социальная единица, в которой проявляются важные социальные узы и обязательства заботиться о зависимых членах общества. Одно из проявлений этого обязательства – служить в качестве заместителя для некомпетентного члена семьи. Эти этические основания обычно, но не всегда, применяются и, таким образом, можно считать установленной **этической презумпцией, что близкий член семьи является подходящим заместителем и может принимать решения о поддерживающем жизнь лечении за некомпетентного пациента.** Когда эти основания не применяют, например, если имеется доказательство, что пациент хотел бы, чтобы кто-нибудь другой служил в качестве заместителя или имеется серьезный конфликт интересов между членом семьи и заместителем, тогда презумпция в пользу члена семьи как заместителя может быть опровергнута. В таком случае, другой должен быть выбран взамен, чтобы служить заместителем.

Как должен заместитель принимать решения о поддерживающем жизнь лечении за некомпетентного пациента? Значительное согласие сложилось, и в этике и в праве, что есть три стандарта для принятия решений заместителем.

- Во-первых, *если пациент сделал заранее подготовленное распоряжение* (например, "прижизненное завещание" или "долгосрочную доверенность для здравоохранения"), которое содержит инструкции в отношении его пожеланий относительно рассматриваемого решения, тогда выбор пациента, выраженный в заранее подготовленном распоряжении, должен выполняться, лишь с ограниченными оговорками.
- Во-вторых, так как большинство пациентов не имеет заранее подготовленных распоряжений, должен использоваться **стандарт "замещающего суждения"**, который предписывает заместителю пытаться принять решение, которое пациент сделал бы, в данных обстоятельствах, если бы он был компетентным. Более неофициально, заместитель должен использовать свое знание пациента, и его ценностей и пожеланий, чтобы пытаться решить, что желал бы сам пациент.
- В-третьих, когда нет в распоряжении и знания пациента и его ценностей, которые помогли бы в принятии решения, следует использовать **стандарт "наилучшего интереса"**. Здесь, заместитель должен определить, что находится в наилучших интересах пациента, в соответствии с более объективной и общественной концепцией наилучшего интереса. Это часто требует выяснения, что наиболее разумные люди хотели бы. В отсутствии доступного свидетельства о том, как в релевантных обстоятельствах пациент отличался бы от большинства людей, это оправдано.

Эти три стандарта составляют способ поддержания благополучия и самоопределения в пределах возможного, когда пациент испытывает недостаток способности принимать решения.

Эти стандарты оспариваются. Например, особенно в случае маленьких детей, родителям даны значительные полномочия в решении, что было бы

наилучшим для их ребёнка. При этом *разрешается придавать некоторый вес тому, какое действие оказывают различные выборы на важные интересы других членов семьи.* Полномочие, и заранее подготовленной директивы и заменяющего суждения, также было оспорено, когда следование им противоречило бы важными интересам ныне некомпетентного пациента, и когда пациент подвергся таким глубоким умственным изменениям, что он производит впечатление «новой личности» с новыми интересами. Несмотря на существенное согласие, достигнутое в отношении этической основы, описанной в общих чертах выше, она также не является бесспорной.

Эта этическая основа для принятия решений о поддерживающем жизнь лечении компетентным и некомпетентным пациентом придает значение узко сфокусированному суждению качества жизни: Возможна ли лучшая жизнь для пациента от лечения, которая низкого качества, согласно оценке пациента этого качества, что она хуже, чем не поддерживать жизнь вообще? Никакого значения не придается, с другой стороны, факту, что качество жизни пациента может уменьшиться в сравнении с той, какой она когда-то была, или с жизнью большинства людей, или с любой оценкой социальной цены или социальной ценности пациента. *Фундаментальная особенность этой этической основы* в том, что она *обязывает пациента или заместителя взвесить выгоды и трудности возможных способов лечения, включая право выбора никакого лечения, согласно целям и ценностям пациента, и выбрать из числа доступных методов лечения или отказываться от любого лечения.* Эта основа принятия решения в значительной степени заняла место разграничения между ординарным и экстраординарным лечением.

### **7.1.1. Ординарное лечение в сравнении с экстраординарным лечением.**

Различие между ординарным и экстраординарным лечением имеет происхождение в Римско-католическом моральном богословии, где оно используется, чтобы проводить различие между обязательным лечением – ординарное лечение – и лечением, от которого, может быть, позволительно воздержаться – экстраординарное лечение. Двумя центральными проблемами относительно этого различия, являются:

- каково различие между ординарным и экстраординарным лечением?
- и почему это различие должно определять является ли лечение в моральном отношении обязательным или необязательным?

Само различие критиковали как неясное, потому что оно приводит к путанице и противоречию относительно того, как оно должно применяться. Например, оно использовалось, чтобы отметить различие между статистически обычным или необычным лечением (возможно, обыкновенно наиболее применяемое понимание терминов), между видами лечения, которые являют-

ся неинвазивными или чрезвычайно инвазивными<sup>103</sup>, или между видами лечения, которые используют вмешательства с низкой или высокой технологией, и т.д. Так как это разграничение имеет много различных, естественных соглашений, путаница часто возникает по поводу того, что оно означает. Ни одно из этих возможных значений разграничения не объясняет, почему различие непосредственно должно определять, является ли лечение в моральном отношении обязательным или необязательным. Например, лечение, которое является статистически общепринятым или включает использование низкой технологии, могло бы быть полезным отдельному пациенту в специфических обстоятельствах, но не полезным или, возможно, даже обременительным другому пациенту в иных обстоятельствах.

Правильное понимание традиционного разграничения – это различие между лечением, которое является полезным, и лечением, которое является чрезмерно обременительным (и бесполезным) пациенту.

Конечно, лечение является только чрезмерно обременительным, когда выгоды, которые оно дает, недостаточны, чтобы оправдать тяготы. В отличие от других интерпретаций, отмеченных выше, эта интерпретация разграничения ординарного – экстраординарного отмечает в моральном отношении значительное различие. Понимая дело так, однако, нет возможности дать никакого общего списка видов лечения, которые были бы последовательно ординарны или последовательно экстраординарны; любое лечение может быть полезным в некоторых обстоятельствах, но не в других. Более важно, что когда это разграничение понято таким образом, оно прекращает быть альтернативой основанию «выгода – бремя». *Оценка* того, что лечение является "экстраординарным", помещает ярлык на лечении уже независимо определенном, что оно является бесполезным или чрезмерно обременительным пациенту. *Оценка выгода – бремя* делает независимую работу в оценке лечения. По этой причине, многие комментаторы оставили анализ ординарного – экстраординарного в пользу более ясного и более прямого обращения к оценке выгод и тягот лечения для индивидуального пациента.

Конечно, никакая этическая основа не может применяться механически, чтобы принимать простые и однозначные решения об отказе от поддерживающего жизнь лечения. Даже при наличии самых лучших следствий и самых ясных рассуждений, многие решения остаются в этическом отношении проблематичными и эмоционально нагруженными. Несмотря на то, что это является также истинным для многих решений о лечении, которое не является поддерживающим жизнь, решения относительно того, поддерживать ли или сокращать жизнь, поднимают несколько специальных этических проблем. В 60-ых и 70-ых, было общепринятым различать между "**активной**" и "**пассивной**" эвтаназией. **Пассивная эвтаназия** понималась так, что она включала отказ от поддерживающего жизнь лечения, или останавливая или не начиная его. **Активная эвтаназия** понималась, как преднамеренное вме-

---

<sup>103</sup> Инвазивный – включающий в себя такие методы, как прокол, разрез или проникновение внутрь организма (например, при диагностических процедурах).

шательство, чтобы завершить жизнь пациента, например, введением летальной дозы препарата. Поскольку под термином «эвтаназия» часто понимается только активная эвтаназия, общепринятым стало, обсуждать отказ от поддерживающего жизнь лечения, избегая термина «пассивная эвтаназия». Большинство этих дополнительных этических проблем, поднятых в связи с поддерживающим жизнь лечением, представляют собой специальные ограничения или границы. Их необходимо рассмотреть в отношении этической основы решений в тех случаях, когда жизнь непосредственно находится под угрозой.

### **7.1.2. Моральность убийства.**

Любая точка зрения на моральность отказа от поддерживающего жизнь лечения или эвтаназии будет зависеть в большой мере от базисного морального принципа, предполагаемого для лишения человеческой жизни (убийства человека). Этот принцип будет различаться в зависимости от общей моральной теории или концепции, частью которой он является или из которой он происходит. Моральные концепции на лишение жизни и убийство можно классифицировать на те, которые являются

- основанными на цели,
- основанными на долге,
- и основанными на правах.

**Точка зрения, основанная на цели**, из которой утилитаризм является лучше всего известным вариантом, запрещает лишение жизни (убийство), если осуществление такого действия оказывается не в состоянии максимизировать цели или последствия, которые эта точка зрения считает полезными, например, человеческое счастье или удовлетворение желаний людей. Согласно этому взгляду, является фактическим вопросом, производит ли какое-нибудь индивидуальное убийство лучшие последствия, чем любая доступная альтернатива. Эта точка зрения не только разрешает, но и требует убийства невинного человека, когда осуществление такого действия будет производить наибольший баланс выгод над вредом. Поэтому она находится в остром конфликте с этической основой, сосредоточенной на пациенте, которая не разрешает приносить пациента в жертву ради пользы других.

Согласно **основанному на долге взгляду**, лишение жизни (убийство) неправильно, потому что оно нарушает фундаментальный моральный долг, умышленно не лишая жизни невинного человека. Этот взгляд смотрит не на последствия, производимые индивидуальным убийством, а на само действие, которое запрещается моральным обязательством не убивать. Он часто встречается в религиях, которые рассматривают жизнь как дар Бога, и, следовательно, подвластная только решению Бога, когда ее забрать. Возможно, наиболее серьезная трудность для этого взгляда – отказ придать моральное значение согласию человека, жизни которого можно или нельзя лишить. Согласно этому взгляду, добровольная просьба компетентного пациента, чтобы другой лишил его жизни, не обязательно морально оправдывает ее выполнение;

напротив, это – просьба, или искушение, чтобы делать зло и должна быть отвергнута моральным человеком.

Согласно **основанному на правах взгляду**, лишение человеческой жизни (убийство) – в моральном отношении неправильно, потому что оно нарушает базисное моральное право не быть убитым. С этой точки зрения, убийство – в моральном отношении неправильно, потому что оно отказывает человеку в будущем, вместе со всем, что человек хотел добиться или достигнуть в том будущем. В отличие от основанного на долге взгляда, если компетентный индивидуум добровольно просит, чтобы другой человек лишил его жизни, потому что эта жизнь стала бременем и больше не является хорошей для него, согласие, подразумеваемое этой просьбой, понималось бы как отказ от его права не быть убитым.

Наиболее важное, существенное моральное различие между основанным на долге и основанным на правах взглядами – может ли свободное и информированное согласие индивидуума оправдывать лишение его жизни. Различие между основанным на долге и основанным на правах взглядами – обычный способ, которым это моральное различие часто выражается. Однако, обязательство не убивать могло бы пониматься таким образом, чтобы применяться только к индивидуумам, которые желают жить, а право, не быть убитым, могло бы пониматься так, чтобы не было возможным отказаться от этого права, как многие в движении за право на жизнь понимают его. Различие между основанными на правах и основанными на долге оценками моральности убийства используется в этой книге только для того, чтобы провести различие, делает ли согласие индивидуума быть убитым морально допустимым убийство его или нет.

Какая из этих альтернативных позиций правильная, является спорным и поднимает общие вопросы моральной теории, которые являются предметом отдельного разговора. Этическая позиция, которая придает фундаментальное значение индивидуальному самоопределению – как делает это этическая основа для решений о поддерживающем жизнь лечении, описанная в общих чертах выше –, наиболее естественно формулируется как основанная на правах точка зрения.

Какой бы базисный взгляд ни принимался, однако, есть два важных вопроса:

1. какие действия подпадают под моральное запрещение лишения жизни, широко истолкованного?
2. является ли это запрещение абсолютным или оно имеет исключения?

Основанную на долге точку зрения иногда понимают так, что она делает абсолютным запрещение преднамеренного лишения человеческой жизни; но она обычно также отличает действия, которые *преднамеренно лишают жизни* от действий, в которых смерть является *предвиденным, но непредусмотренным следствием*. И основанная на долге и основанная на правах точка зрения на моральность лишения жизни имеют тенденцию разделять позицию, согласно которой позволить умереть является неправильным в меньшей степени серьезно, чем лишить жизни посредством убийства.

### **7.1.3. Преднамеренное лишение жизни (убийство) в сравнении с предвиденным, но неумышленным лишением жизни.**

При уходе за умирающими пациентами, профессионалы здравоохранения часто принимают меры, которые могут, а иногда фактически сокращают жизнь пациента. Они могут, например, увеличивать дозы морфия, когда необходимо ослабить боль пациента, и при этом рискуют вызвать угнетение дыхания и более раннюю смерть. Когда это делается при наличии знания пациентом, или его заместителем, о риске и с его согласия, оно морально оправдано. Для *основанного на правах морального взгляда* на лишение жизни, согласие на риск является определяющим. Во многих *основанных на долге позициях*, однако, согласие жертвы не оправдывает лишение человеческой жизни, и различие проводится между тем, была ли происходящая в результате смерть преднамеренной, или она была только предвиденной, но неумышленной.

Это разграничение преднамеренное / предвиденное имеет долгую историю. Призванное Фомой Аквинским в тринадцатом столетии оправдать убийство в самообороне, различие является центральным в Римско-католической доктрине двойного эффекта<sup>104</sup>. В некоторой форме, оно также очень распространено во многих светских размышлениях о моральности лишения жизни (убийства)<sup>105</sup>.

Необходимо ответить на два центральных вопроса, чтобы оценить, можно ли, или следует, это различие реально использовать для того, чтобы отличить некоторое морально допустимое лишение жизни от недозволенного убийства.

- Во-первых, каков точно характер различия между "преднамеренным" и "предвиденным"?
- Во-вторых, почему это различие в моральном отношении является важным?

При лечении боли умирающего от рака пациента, может казаться ясным, что первичная или прямая цель врача состоит в том, чтобы лечить боль. Смерть от угнетения дыхания, вызванного морфием, который врач прописывает для лечения боли, является вторичным или косвенным намерением, или, более точно, предвиденным, но неумышленным следствием. Многие врачи не дали бы этому же самому пациенту смертельной инъекции, если бы все другие средства облегчения боли не были исчерпаны, потому что тогда смерть была бы преднамеренной. Однако основной целью врача, в случае убийства смертельной инъекцией, могло бы также быть намерение уменьшить боль пациента, хотя тогда производящее такое действие средство должно убить пациента. Это различие между тем, что **предназначено как средство** и что является **предвиденным, но неумышленным следствием**, однако, не всегда ясно. Убийства, которые кажутся явно неправильными, так

<sup>104</sup> См.: Михайлова Е.П., Бартко А.Н. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. Часть 1. – М.: ММСИ, 1995. – С. 42-44.

<sup>105</sup> См.: Глава 2 о принципе «не навреди».



как они могут производить впечатление средства для хорошей цели, могут «задним числом» характеризоваться, как только предвиденные, но неумышленные следствия достижения хорошей цели, и, следовательно, морально допустимые.

Критический пример иллюстрирует вопрос.

Предположим, известный хирург по трансплантации удаляет сердце и печень у здорового человека без его согласия, чтобы пересадить их двум пациентам, которые иначе умрут от сердечной недостаточности и недостаточности печени.

Такое убийство неправильно, даже если оно используется в качестве средства спасения большего числа людей. Но предположим, что хирург отрицает, что убийство – средство спасения других пациентов: средством спасения других пациентов, утверждает он, было удаление органов здорового человека и пересадка их, в то время как смерть здорового человека была просто предвиденной, но неумышленной. *Выступающие в защиту этого различия, не разъяснили его, в точном смысле, который предотвращает такое нежелательное неправильное употребление его.*

Во многих случаях, как, например, предоставление морфия в противоположность введению смертельной дозы препарата, имеется согласие относительно того, как применять различие преднамеренного и предвиденного, но неумышленного. Тогда возникает **вопрос, каково его моральное значение?** Критики различия обращают внимание, что в каждом случае цель врача – ослабить страдание, и чтобы добиться такого облегчения, и врач и пациент готовы принять раннюю смерть пациента. Морфием или введением смертельной дозы лекарственного средства, уменьшение страдания пациента вызовет более раннюю смерть. Эти сходства вносят сомнение относительно морального значения этого различия. В случае морфия, может существовать только риск смерти, в то время как в случае введения смертельной дозы лекарственного средства, смерть не вызывает сомнения. Однако иногда количество морфия с необходимостью делает вероятность более ранней смерти чрезвычайно высокой, и тогда это *небольшое различие в вероятностях является слишком слабой основой для самого большого морального различия между дозволенными и недозволенными убийствами.* В любом случае, это – **различие в уверенности или риске смертельного исхода, а не в том, является ли он преднамеренным или неумышленным.**

Критики различия между преднамеренными и предсказанными смертельными случаями приводят доводы, что врачи морально ответственны за все предсказанные, или предвидимые заранее, последствия их действий, преднамеренные ли они или предсказанные, но неумышленные. Это происходит потому, что *предсказуемость* подчиняет эти последствия контролю со стороны врачей и, таким образом, делает врачей *ответственными* за них. Это расхождение в медицинских контекстах относительно морального значения того, является ли смерть преднамеренной – часто отдельный частный случай в более широком расхождении. А именно *расхождение, существующее между теоретиками, придерживающихся основанных на цели, или утилитаристских, взглядов, которые интересуются только хорошими последствиями, и*

*теоретиками, придерживающихся основанных на долге или на правах взглядов, которые ставят моральные ограничения на то, какие хорошие результаты могут быть вызваны.*

#### **7.1.4. Убийство и позволение умереть.**

Многие специалисты по этике проводят различие между **моральными обязательствами не убивать** (*отрицательные моральные обязательства*) и **моральными обязательствами предотвращать или не позволять умирать** (*положительные моральные обязательства*). Они приводят доводы, что если это различие не применять, чтобы установить приемлемые моральные границы, моральные обязательства будут выходить за рамки того, что под ними обычно понимают; и это существенно ограничит людей в преследовании своих разнообразных планов жизни. Обычно люди могут выполнять свой моральный долг *не убивать*, просто преследуя свои частные цели и замыслы. Тем не менее, и эти цели могут подвергаться изменениям под давлением необходимости избежать убийства. Но имеется одинаково строгое обязательство *не позволять умирать*. Может казаться, что люди должны, аналогично, отложить все свои обычные планы и дела, и посвятить свою жизнь спасению тех, чьи жизни находятся в опасности, как, например, жертв голода или крайней бедности. Прояснение того, **является ли убийство в моральном отношении хуже, чем разрешение умереть**, является далеко идущим и в медицине и за ее пределами.

В этом случае, есть две различные проблемы.

- Во-первых, что делает одно индивидуальное "действие" убийством, а другое позволением умереть, если под ним понимать и действия и бездействия?
- Как только это различие становится понятным, вторая проблема – является ли и почему это различие между убийством и разрешением умереть важным в моральном отношении.

**Убийство** обычно отличают от **позволения умереть**, устанавливая, было ли что-либо сделано, или не сделано, в результате чего наступила смерть. Человек, который убивает, выполняет действие, заставляющее другого человека умереть некоторым способом и сразу, без чего иначе этот человек не умер бы.

Например, два человека находятся в лодке; Человек 1 не может плавать. Зная это, Человек 2 выталкивает Человека 1 из лодки; Человек 1 тонет.

Человек, который позволяет другому человеку умереть, знает, что имеется действие, которое он мог бы выполнить, чтобы предотвратить смерть этого человека, но не начинает его, и человек умирает.

Например, Человек 1 случайно падает из лодки. Человек 2 не бросает ему доступного спасательного средства, и Человек 1 тонет.

Некоторые философы привели доводы, что, если различие между убийством и позволением умереть основывать на действии или бездействии, убийство в моральном отношении не хуже, чем позволение умереть.

Смысл этого утверждения часто неправильно истолковывалось. **Утверждение состоит в том, что простой факт, что одно действие является убийством, в то время как другое – позволением умереть, не делает одно в моральном отношении лучше или хуже чем другое, или не делает одно морально оправданным или допустимым, тогда как другое – нет.** Это совместимо с высказыванием, что **специфическое убийство, приняв все во внимание, в моральном отношении хуже чем, или не так плохо как, специфическое позволение умереть из-за других различий между обоими, как, например, мотивов агентов действия или присутствия (отсутствия) согласия жертвы.** Это также совместимо с признанием того, что большинство убийств, приняв все во внимание, в моральном отношении хуже, чем большинство позволений умереть, но еще раз, это должно быть из-за других морально важных различий между ними.

Обычный аргумент для точки зрения, что убийство само по себе не хуже в моральном отношении, чем позволение умереть, состоял из сравнения двух случаев, которые не отличаются ни в каком другом морально релевантном отношении за исключением того, что один является убийством, а другой – разрешением умереть. Такие сравнения сосредотачиваются на том, является ли это различие само по себе морально важным. Вот популярный пример:

В первом (примере), Смит может получить большое наследство, если что-нибудь случится с его шестилетним кузенком. Однажды вечером, когда мальчик принимал ванну, Смит проник в ванную комнату и утопил ребенка, а затем сделал все так, чтобы было похоже на несчастный случай.

Во втором, Джонс тоже мог бы извлечь выгоду, если бы что-нибудь случилось с его шестилетним кузенком. Подобно Смицу, он проник в ванную комнату, намереваясь утопить ребенка во время купания. Однако, войдя, он увидел, что ребенок поскользнулся, ударился головой и упал в воду. Джонс обрадовался, он стоял рядом, готовясь, если понадобится, погрузить голову ребенка в воду, но это не понадобилось. Ребенок утонул сам, "случайно", в то время как Джонс наблюдал, но ничего не сделал<sup>106</sup>

Итак, Смит убил ребенка, тогда как Джонс "просто" дал ребенку умереть. Джеймс Рейчелс доказывает, что, очевидно, нет основания для утверждения, что Смит сделал сколько-нибудь хуже того, что сделал Джонс; должны иметься другие факторы в реальных случаях, которые объясняют любые моральные различия. *Вывод, что убийство, само по себе, в моральном отношении не хуже, чем позволение умереть, остается спорным.* Те, кто полагают, что имеется существенное моральное различие между ними, доказывают, что важно установить, какой, если таковые вообще имеются, отказ от поддержки жизни подпадает под более сильное моральное запрещение против убийства. Так как *отказ от поддержки жизни* включает, и *не начало* лечения и *прекращение* лечения, мы можем продолжить обсуждение, является ли то или другое эквивалентным убийству, спрашивая, являются ли не начало поддержки жизни и ее прекращение в моральном отношении различными.

<sup>106</sup> Rachels J. Active and Passive Euthanasia. In: New England Journal of Medicine (January), 1975, 292 no. 2. – P. 79. (Рейчелс Дж. Активная и пассивная эвтаназия. // Этическая мысль: Науч.-публицист. Чтения. – М.: Политиздат, 1990).

### **7.1.5. Не начало лечения и прекращение лечения.**

Когда принимают решение не начинать некоторый вид поддерживающего жизнь лечения, типа почечного диализа или вспомогательной искусственной вентиляции легких, и пациент умирает в результате, это обычно понимают как **упущение**, а также как **позволение умереть**. Даже если активное убийство неправильно, его запрещение не применяется к случаям, когда не начинают поддержание жизни. Но что сказать о прекращении поддержки жизни, например, при остановке вспомогательной искусственной вентиляции легких по настойчивой, добровольной просьбе ясно компетентного и зависимого от искусственной вентиляции легких пациента, который является смертельно больным и испытывает страдания, которые не могут быть адекватно уменьшены? Если такое действие принимается врачом с намерением уважения права пациента принимать решение о лечении, большинство людей посчитало бы его в моральном отношении оправданным случаем разрешения пациенту умереть. Если только убийство, но не позволение умереть, запрещается, тогда остановка поддержки жизни и не начало ее, являются позволением умереть и в моральном отношении дозволенными.

Но некоторые философы привели доводы, что прекращение искусственной вентиляции легких этого пациента является убийством, не разрешением умереть.

Предположим, например, пациентка имеет алчного сына, который по ошибке полагает, что его мать никогда не примет решение прекратить лечение и что, даже если она решит, ее врачи не будут выполнять ее пожелания. Боясь, что его наследство будет исчерпано длинной госпитализацией, он входит в комнату своей матери, в то время как она находится под воздействием седативного средства, удаляет ее из респиратора, и она умирает. Если, будучи разоблаченным, сын возразил бы, "я не убивал ее; я просто позволил ей умереть; это болезнь вызвала ее смерть", это заявление будет отклонено. Сын вошел в комнату своей матери и преднамеренно убил ее.

Врач, который сделал точно такое же дело, выполнил то же самое физическое действие, также убивает пациента? Даже если врач в таком случае именно убивает, другие моральные различия делают убийство врача в моральном отношении оправданным, в то время как убийство сына – морально неправильным. Врач действует с хорошим мотивом, уважая пожелания пациента, с согласия пациента, и в профессиональной роли, в которой он социально и по закону уполномочен к такому действию; сын действует с плохим мотивом, без согласия, и без социального или законного разрешения делать так. Но они не кажутся различиями в убийстве или позволении умереть: можно убить или позволить умереть с хорошим или плохим мотивом, с согласия или без него, и в роли или нет, которая разрешает такое действие.

Философы, отклоняющие этот анализ и считающие, что остановка поддержки жизни является позволением умереть, обычно имеют иное понимание различия **убить / позволить умереть**. Во всяком случае, они не понимают остановку в терминах **действие / упущение**. Они считают, что когда пациент имеет смертельную болезнь, подобную болезни легкого, обычный фа-

тальный результат которой отделяется поддерживающим жизнь лечением, таким как искусственная вентиляция легкого, удаление этого искусственное вмешательство равносильно разрешению пациенту умереть, позволяя процессу болезни продолжиться беспрепятственно к смерти. Но это мнение проблематично, потому что оно требует от нас, чтобы мы согласились с тем, что алчный сын также позволяет умереть, а не убивает.

**Является ли прекращение поддержки жизни убийством или позволением умереть?** Некоторые врачи, и многие другие, полагают, что в этическом отношении более серьезное дело остановить поддерживающее жизнь лечение, чем не начать его, или что допустимо не начинать его в таких обстоятельствах, в которых не было бы оправданным прекратить его. Так российские врачи и юристы придерживаются последней позиции.

Медицинскому персоналу запрещается осуществление эвтаназии – удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе *прекращением искусственных мер по поддержанию жизни*<sup>107</sup>. (Курсив добавлен).

Эвтаназия, как акт преднамеренного лишения жизни пациента по его просьбе, или по просьбе его близких, недопустима, в том числе и в форме пассивной эвтаназии, *когда врач прекращает активно препятствовать наступлению естественного exitus letalis умирающего больного*<sup>108</sup>. (Курсив добавлен).

Но рассмотрение случаев, подобных следующему, привело многих людей к тому, чтобы отклонить аргумент, что прекращение поддержки жизни отличается, или более серьезно в моральном отношении, от не начала его:

Серьезно больного пациента, Господина S, доставляют в больницу в состоянии дыхательной недостаточности и направляют в отделение интенсивной терапии, чтобы интубировать и подключить к аппарату искусственной вентиляции легких. Прежде, чем его интубировали, его семья и врач приезжают в отделение интенсивной терапии и сообщают штату, что, будучи еще ясно компетентным, Господин S после тщательного обсуждения и вследствие его истощенного и терминального состояния, твердо отказался от подключения к респиратору при любых обстоятельствах. Штат отделения интенсивной терапии соблюдает его пожелания, поддерживает ему комфорт, и он умирает от дыхательной недостаточности. Теперь предположим взамен, что интенсивное движение задержало семью и врача, и они приезжают в отделение интенсивной терапии только после того, как Господина S подключают к респиратору. Его лечение теперь должно быть остановлено вместо того, чтобы не начинаться как прежде.

Трудно понять, почему те же самые факторы, которые в моральном отношении оправдывали не начинать его лечение, одинаково, в моральном отношении не оправдывают его остановку.

Те, кто полагает, что остановка поддержки жизни, не отличается в этическом отношении от не начала его, обычно подчеркивают два плохих последствия нежелания остановить поддержание жизни. **Во-первых, это приводит к перелечиванию** пациентов: лечение продолжается, когда оно нежелатель-

<sup>107</sup> Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. Приняты Верховным Советом Российской Федерации 22 июля 1993 г. – ВВС РФ. 1993. №33. Статья 45. Запрещение эвтаназии.

<sup>108</sup> Этический Кодекс Российского врача. Статья 14. Врач и право пациента на достойную смерть.

но и не приносит пользы пациенту. **Второе** и менее очевидное, но, по крайней мере, важное: **оно ведет к нежеланию начинать лечение**, когда его потенциальные выгоды неясны, и оно может оказаться бесполезным, поскольку будет невозможно его остановить. Этот страх "застрять на машинах" заставляет пациентов отказываться от возможного полезного поддерживающего жизнь лечения.

Фактически, часто имеется больше основания остановить поддерживающее жизнь лечение, чем не начинать его. Часто, прежде чем поддерживающее жизнь лечение начинают, неясно, принесет ли оно желанные выгоды пациенту. Как только его попытались применить, и становится ясным, что оно не приносит ожидаемых выгод, появляется основание для его остановки. Такого основания не существовало для не начала его. Это поддерживает использование ограниченного временем проб поддерживающего жизнь лечения, с договоренностью, что, если лечение оказывается бесполезным, оно будет остановлено.

### **7.1.6. *Снабжение пищей и водой.***

Два вида поддерживающего жизнь лечения, которые привлекли особое внимание – реанимация и искусственное питание и гидратация. Поддерживающее жизнь лечение интенсивно обсуждалось в мире в 70-х и 80-х. годах. Обсуждение часто сосредотачивалось на использовании кардиопульмональной реанимации (КПР) для людей, которые страдают остановкой сердца или легкого. Так как КПР, чтобы быть эффективной, должна применяться немедленно после того, как пациент переносит остановку, больницы разработали политики, вообще требующие, чтобы КПР применялась к любому такому пациенту, если не имеется фактического распоряжения "не реанимировать" (НР) пациента. Презумпция этих политик, что любой в медицинской потребности реанимации получил бы кардиопульмональную реанимацию, если не имелось предшествующего распоряжения, чтобы ее не применять, сделала КПР отличной от многих других видов поддерживающего жизнь лечения, которые требовали ясно выраженного распоряжения врача начинать их.

КПР – наиболее известный пример категории неотложных процедур, для которых согласие предполагается, если пациент или заместитель пациента явно не отказался от этого заранее. С тех пор кардиопульмональная реанимация (КПР) в больницах обычно не пользуется успехом, связана со значительной болезненностью для пациента, даже когда она успешна, и часто, в лучшем случае продлевала бы жизнь умирающим пациентам только недолго. Поэтому существует широко распространенное согласие, что отказ от него часто является в этическом отношении оправданным, при условии, что пациенты или их заместители соглашаются и явно забирают предположение о согласии на него. В результате, реанимация является, вероятно, наиболее часто выдвигаемым решением о поддерживающем жизнь лечении.

Те, кто пытаются ограничить виды поддерживающего жизнь лечения, в отношении которого является в этическом отношении допустимым со сторо-

ны пациентов или их заместителей решить воздержаться, обычно сосредотачивались на снабжении пищей и гидратации искусственными средствами, типа внутривенной назогастральной, и других форм питательной трубки. Некоторые люди доказывали, что пища и вода – не медицинское лечение, а наиболее базисная форма ухода за зависимыми людьми; все люди, не только медицинские пациенты, нуждаются в продовольствии и воде. Другие возражали: когда медицинское состояние пациента требует искусственного снабжения продовольствием и водой, и когда это выполняется медицинским персоналом, использующим медицинские средства, нет большой разницы между этой ситуацией и снабжением кислородом пациентов с болезнью легкого при помощи респираторов.

Другие противники отказа от снабжения пищей и водой сосредотачиваются не на проблеме, является ли это медицинским лечением, а на сильном символическом значении и важности кормления тех, кто нуждается. Однако обычная символика пищи и воды может вводить в заблуждение в условиях, когда этот вопрос поднимается в медицине. В условиях медицины, культурная и социальная символика и смысл, связанные с едой и кормлением, в значительной степени отсутствуют как страдание, обычно связанное с голоданием. Применяя анализ выгод и тягот, от пищи и воды следует воздержаться только в том случае, если это не вызвало бы значительное страдание пациенту. Анализ выгод и трудностей также будет поддерживать отказ от питания и гидратации, когда продолжающаяся жизнь непосредственно обременительна или не приносит благо пациенту, или когда снабжение пищей и гидратация скорее увеличивает, чем уменьшает, страдание пациента. Например, многие пациенты в постоянном вегетативном состоянии, т.е. кто постоянно и полностью утратил способность к любому сознательному переживанию, не хотели бы и не рассматривали бы благом, чтобы их жизни продолжались. Следовательно, поддерживающее жизнь лечение не является благотворным, и его отмена не может наложить какое-либо бремя на пациента в постоянном вегетативном состоянии. В других случаях, обеспечение нормальных уровней питания и гидратации может увеличивать понимание и страдание некоторых умирающих пациентов; для этих пациентов, чувство жажды может снижаться, например, ледяными чипсами, без того, чтобы обеспечивать уровень гидратации, который делал бы их смерть менее спокойной и комфортабельной. Еще в других случаях, пользу от продления жизни серьезно слабоумных пациентов следует сравнить с трудностями, которые испытывают врачи, когда они вынуждены удерживать пациентов от попыток удаления питательных трубок.

### ***7.1.7. Поддерживающее жизнь лечение и самоубийство.***

Самоубийство трудно определить точно, но обычно под ним понимается намеренное лишение собственной жизни. В некоторых религиозных традициях, самоубийство долго было и продолжает быть запрещенным и рассматривается грехом. Некоторые значительные моральные философы, как, например,

Иммануил Кант, полагали, что самоубийство – морально неправильно. Исторически, закон часто отражал эти представления. Хотя в большинстве стран мира нет законов, которые относят самоубийство или попытку самоубийства к разряду противозаконных, большинство стран, но не все, запрещают помощь в самоубийстве.

Различные базисные моральные позиции о моральности лишения человеческой жизни, обсужденные раньше, имеют разные смыслы для этики самоубийства. Несмотря на эти различия, большинство людей соглашается с тем, что государственная политика, которая стремится предотвращать большинство попыток самоубийства, морально оправдана. Даже строгие защитники индивидуального самоопределения вообще соглашаются с тем, что большинство попыток самоубийства – драматические просьбы о помощи и что они происходят, когда способность человека к принятию решения серьезно расстраивается такими состояниями как депрессия. Эти особенности оправдывают вмешательство, чтобы предотвратить самоубийство и определить, является ли пациент компетентным, а не подчинен состоянию, причиняющему ущерб принятию решений, когда, полагают некоторые, другие должны прекратить принудительное вмешательство.

Так как решение пациента отказаться от лечения, правильно понимая его как поддерживающего жизнь, приведет его к смерти, возникает вопрос, является ли это самоубийством. В некоторых случаях, пациент может не желать своей собственной смерти или стремиться к смерти, но поскольку не желает подвергаться трудностям специфического поддерживающего жизнь лечения. В других случаях, однако, решение пациента может также быть сделано в стремлении добиться конца чрезмерно обременительного существования, и, таким образом, с намерением вызвать свою собственную смерть, что делает его трудноотличимым от самоубийства. Многие судебные решения о поддерживающем жизнь лечении, и большинство Западных религиозных традиций, стремились отличать отказ от поддержки жизни от самоубийства, часто характеризуя вышеупомянутое как проявление самоопределения в отношении медицинского лечения, а не как намеренное самоуничтожение. (Суды могут стремиться отличать отказ от поддержки жизни от самоубийства, чтобы защитить участвующих врачей и других лиц от потенциального судебного преследования по правовым законодательным актам, запрещающим содействие в самоубийстве.) Однако нормативное суждение, которое компетентный человек делает, оправдывая каждое действие, является часто по существу тем же самым. А именно, наилучшая будущая жизнь, возможная для меня (с поддерживающим жизнь лечением, в случае решения воздержаться от лечения) настолько плоха, что она хуже, чем никакой дальнейшей жизни вообще. Принципиальное различие между некоторыми случаями отказа от поддерживающего жизнь лечения и самоубийством, кажется только различием в средствах, которые использует человек, чтобы вызвать свою смерть. Однако, даже если некоторое или все отказы от поддержки жизни – по существу самоубийство, оно, по этой причине, не обязательно является морально неправильным, но, напротив, – оправданным проявлением самоопределения.



## 7.2. Классические случаи в этике поддерживающего жизнь лечения: Карен Квинлан и Нэнси Крузан.

### 7.2.1. Случай Карен Квинлан.

#### *а. Медицинская ситуация: кома Карен Квинлан.*

В апреле 1975, Карен Квинлан было как раз 21 год. Она была веселая, независимая молодая женщина, и она недавно покинула дом ее приемных родителей в Нью-Джерси – против их желаний – и поселилась с двумя соседями по квартире на расстоянии несколько миль. Друзья Карен знали ее как молодую женщину необузданного, свободного характера; они считали, что она жила опрометчиво, и сказали, что она принимала криминальные медикаменты. (Приятель утверждал, что Карен употребляла героин, кокаин и метадон, хотя родители Карен отвергали это.) Однажды, Карен потеряла управление своим автомобилем, машину занесло, вынесло за крутой обрыв, и она скатилась в овраг, но Карен осталась целой и невредимой. Своим родителям она сказала, что ничего серьезного не произошло.

15 апреля, несколькими вечерами после отъезда из родного дома, Карен праздновала день рождения приятеля в местном баре. После нескольких джинов и тонизирующих средств, она внезапно показалась слабой, и ее отвезли домой. Ее друзья положили ее на кровать, где она немедленно заснула. Когда они проверили ее 15 минутами позже, она не дышала. (Ее друзья никогда не сказали, почему они почувствовали потребность проверить ее состояние.) В то время как один из ее соседей вызывал машину, другой начал «рот-в-рот» реанимацию. Хотя Карен не отвечала на это, полицейский позже добился ее дыхания, и к ней возвратился цвет лица, но она не восстановила сознание.

Когда ночью Карен госпитализировали в отделение интенсивной терапии Newton Memorial Hospital в Нью-Джерси, в ее кошельке была найден флакон валиума. Поскольку в нем отсутствовали некоторые пилюли, можно предположить, что Карен тем вечером принимала и валиум и алкоголь. Карен также сидела на диете и, возможно, постилась в течение нескольких дней (при поступлении она весила только 115 фунтов).

Валиум (диазепам<sup>109</sup>) является бензодиазепином<sup>110</sup> (как – либриум<sup>111</sup>, ативан<sup>112</sup>, и ксанакс). Бензодиазепины – класс антифобических седативных лекарственных средств, которые действуют на определенные рецепторы нерва

---

<sup>109</sup> Диазепам – транквилизатор, успокаивающий и снимающий возбуждение препарат; используют и как противосудорожное средство.

<sup>110</sup> Бензодиазепин – исходное вещество для синтеза психотропных препаратов (например, диазепам, хлордиазепоксида, имеющих общую с ними молекулярную структуру и сходное фармакологическое действие).

<sup>111</sup> «Либриум» – успокоительное средство, транквилизатор (фирменное название).

<sup>112</sup> Ативан (Канада) – транквилизатор из группы бензодиазепинов. Оказывает успокаивающее действие на центральную нервную систему, подавляет чувство страха, тревоги, напряжение, уменьшает психомоторное возбуждение.

в мозгу. Барбитураты (или "депрессанты"), по контрасту, действуют более глобально, чтобы понизить центральную нервную систему. И бензодиазепины, и барбитураты являются синергическими<sup>113</sup> в том, что действие каждого усиливается в комбинации с алкоголем. К тому же, алкоголь придает силу барбитуратам и антифобическим седативным лекарственным средствам: то есть объединенное действие алкоголя и одного из этих лекарственных средств большее, чем сумма этих двух, действующих независимо. Например, скажем, один стакан алкоголя эквивалентен в действительности 5 миллиграммам валиума. Однако, водитель гораздо более опасен после употребления одного стакана алкоголя плюс 5 миллиграмм валиума, чем после употребления просто двух стаканов алкоголя. Действие лекарственных средств далее ускоряется, когда нет в кишечнике никакой пищи; а Карен, как было отмечено выше, возможно, постилась.

Более поздняя копия суда имеет противоречащие свидетельства относительно того, какие наркотики (лекарства) были в кровотоке Карен. Роберт Морс, лечащий врач, свидетельствовал, что "она имела некоторые барбитураты, который были в норме, 0.6 миллиграммов; токсические же – 2 миллиграмма, а фатальная доза приблизительно 5 миллиграммов в процентах". Джулиус Кореин, консультантский невролог, нанятый Квинланами, свидетельствовал, что медицинская диаграмма клинических данных Карен показала, что скрининг на наркотики на 15 апреля "был позитивен для хинина, негативен для морфина, барбитуратов, и других веществ. Последующий тест на валиум и Либриум был позитивен". (Либриум не упоминался кем-либо еще). Обвинитель суда, Джордж Даггетт, привел доводы, что Карен приняла транквилизаторы с алкоголем незадолго перед тем, как стать бессознательной. Квинланы отвергли, что скрининг на наркотики показал барбитураты. Они доказывали, что "ранняя моча и пробы крови, взятые в день, когда Карен была доставлена в больницу, показывали только 'нормальный терапевтический' уровень аспирина и транквилизатора валиум в ее системе".

Наиболее вероятно, что Карен приняла барбитураты, бензодиазепины, или и то и другое, в комбинации с алкоголем. Тогда их кумулятивное действие натошак подавило ее дыхание и вызвало гипоксию (потерю кислорода к области, в данном случае в мозге). Гипоксия, в свою очередь, вызвала необратимое мозговое повреждение.

Через девять дней после госпитализации Карен в Newton Memorial, ее медицинское состояние не изменилось, и она была переведена в Св. Клер, большую католическую больницу в Денвилле, Нью-Джерси, которая (в отличие от Newton) имела в своем штате неврологов.

Респиратор (также называемый вентилятором) поддерживал дыхание Карен в течение первых дней ее госпитализации; он также препятствовал отсасыванию рвоты в легкие, которая могла вызвать пневмонию. Когда респира-

---

<sup>113</sup> Синергический – относящийся к синергии. **Синергия** – коррелирующее или взаимоусиливающее действие двух и более факторов (лекарств, физиологических раздражителей на организм); его эффект превышает простую сумму эффектов, оказываемых каждым компонентом в отдельности.

тор вталкивал воздух в ее легкие, Карен иногда задыхалась, и садилась, вытянувшись в струнку, с разбросанными руками и глазами, открытыми и дикими; в это время ее родителям, казалось, что она испытывала интенсивную боль. В конечном счете, дыхание Карен приблизилось к нормальному состоянию, но ее легкие полностью не расширились, чтобы "вздохнуть объемом". При меньшем "объеме вдоха", некоторые мешки легких станут инфицированными, и, таким образом, Карен нуждалась в большом, более мощном респираторе, МА-1, который будет периодически расширять ее легкие полностью для "вдоха". К сожалению, МА-1 требовал трахеотомию (отверстие в трахеи или области горла), на которую мать Карен, Джулия Квинлан, согласилась неохотно.

Карен Квинлан, конечно, была в коме. Слово кома, однако, является чрезвычайно неопределенным и означает различные случаи с разными людьми. В этом случае, хотя пациентка была коматозной, ее глаза иногда открывались, а иногда она внезапно, казалось, смеялась или плакала. Но ее глаза были несопряжены, то есть, они двигались в разные, случайные направления в одно и то же время; и хотя глаза все еще "работали", она, как думали, была декортикирована: ее мозг не мог получать входные данные от ее глаз. Согласно закону Нью-Джерси в 1975 у Карен не было смерти мозга. Она имела "медленно-волновые" – не изоэлектрические, или "плоские" – электроэнцефалограммы (ЭЭГ). Технически, она была, в таком состоянии, которое позже стали называть постоянным вегетативным состоянием. Постоянное вегетативное состояние – общий термин, охватывающий вид глубокого бессознательного состояния, которое является почти всегда необратимым, если оно сохраняется в течение нескольких месяцев. Через 5 месяцев, состояние Карен начало указывать на вид неврологического повреждения, наблюдаемого у жертв паралича (мозгового удара); ее мышцы стали жесткими и сжатыми, и ее вес чрезмерно понизился.

В одно время, пациент в таком состоянии, в конечном счете, умер бы голодной смертью; но в конце 60-ых начали использовать грубые внутривенные и назогастральные питательные трубки. Первоначально, Карен кормили внутривенной питательной трубкой; но поскольку ее состояние сохранилось, это стало непрактичным, потому что жесткость ее мышц сделала трудным вставлять и переставлять трубку в ее вены. К сентябрю 1975 (через 5 месяцев после ее госпитализации), она была на назогастральной питательной трубке. Джулия Квинлан ненавидела эту питательную трубку:

Они кормили ее высоко калорийной диетой, которая казалась полностью неблагоприятной, тем более, что ее тело не всегда принимало пищу. Часто она рвала. ... И была в большей степени возбужденной, чем она когда-либо была. Я не представляла это возможным, что голова Карен могла корчиться так много. Было так, как если бы ее тело было в тисках, а ее голова была поймана в водовороте.

Фактически, комбинация этой инвазивной питательной трубки и респиратора, для многих людей стала символизировать репрессивную «медицинскую технологию», противоестественно продлевающую умирание.

Сестра Карен, Мария Лоу, знала, что Карен была в бессознательном состоянии, но не была подготовлена к тому, что она увидела, когда посетила больницу:

Всякий раз, когда я думала о человеке в коме, я представляла, что они только лежат там очень спокойно, почти, как если бы они спали. Голова Карен двигалась вокруг, как будто она пробовала оторваться от трубки в ее горле, и она издавала небольшие шумы, подобно стонам. Я не знала, испытывала ли она боль, но казалось, как если бы она ее испытывала. И я думала, – если бы Карен могла бы когда-либо видеть себя в состоянии, подобно этому, оно было бы для нее самой плохой вещью в мире.

Адвокат свидетельствовал, что в сентябре 1975 года Карен выглядела следующим образом:

Ее глаза открыты и перемещаются круговым способом, когда она дышит; ее глаза мигают приблизительно три или четыре раза в минуту; ее лоб свидетельствует об очень заметном поте; ее рот открыт, в то время когда респиратор расширяется, чтобы засасывать кислород, и в то время когда рот открыт, ее язык, кажется, перемещается довольно случайным способом; ее рот закрывается, когда кислород засасывается в ее тело через трахеотомию, и она, кажется, слегка бьется в конвульсиях или задыхается, поскольку кислород вводится в ее трахею; ее руки находятся в изнуренной форме. Ее фактический вес, казалось, был около 70-80 фунтов.

При данном ее состоянии, имелся лишь небольшой шанс, что Карен когда-либо восстановит сознание; но больница Св. Клер дала ей "1 шанс выздоровления из миллиона" – шанс, о котором некоторые люди говорят, что больницы должны его предоставить. Возник вопрос, что с ней следует делать, и она была перемещена из отделения интенсивной терапии и размещена в углу отделения неотложной хирургии, где персонал мог быстро реагировать на тот случай, если она рвала. Так как ее сердце было сильным, она больше не нуждалась в кардиальном мониторе отделения интенсивной терапии, и отделение неотложной хирургии было логичным, если даже несколько холодным, решением, хотя оно расстраивало ее отца, Джозефа Квинлана, который хотел ее обратно в отделение интенсивной терапии.

Потребовалось много месяцев семье Карен, чтобы прийти к согласию между собой, что Карен никогда не восстановит сознание. Наконец, они пришли к согласию, что у Карен не было надежды: что ее разум ушел, что ее жизнь была закончена, что она была мертвой. Они также пришли к согласию, что она никогда не хотела бы, чтобы ее тело продолжали сохранять в этом состоянии. Согласно Квинланам, Карен дважды сказала, что, если что-нибудь ужасное произойдет с ней, она не хотела бы, чтобы ее сохраняли живой как овощ на механизмах. Священник их прихода также помог им, заверяя их, что согласно папе Пию XII, "экстраординарное средство" (подобно респиратору МА-1) морально не требуется от католиков.

Таким образом, Квинланы решили удалить респиратор и позволить телу Карен умереть. Они понятия не имели, что их многомесячная борьба, чтобы достигнуть этого решения, будет самой простой частью.

*б. Судебное сражение.*

Правовая обстановка.

Необходимо пояснить правовую обстановку во время судебного дела Квинлан, особенно результат судебного дела в Штате Массачусетс, дело Кеннета Эделина.

Аборт был легализован в 1973, когда Верховный Суд решил в деле «Роу против Уэйда», что штаты могли принимать законы, запрещающие аборт только после жизнеспособности плода. Суд не заявлял, что плод – "человек" в состоянии жизнеспособности, но его решение обуславливало, где штаты могли провести границу между законными и криминальными абортами.

В то время, Кеннет Эделин был старшим врачом-стажером<sup>114</sup> в акушерстве в Бостонской городской больнице, где он сделал очень поздний аборт во втором триместре посредством гистеротомии<sup>115</sup> по просьбе беременной юной девушки. В 1975, в сенсационном судебном разбирательстве, Эделин был обвинен в непредумышленном убийстве. Так как присяжные поняли дело «Роу против Уэйда», как подразумевающее, что жизнеспособный плод является человеком, и были убеждены, что Эделин не сделал все возможное, чтобы спасти жизнеспособный плод, они, таким образом, нашли, что он действовал незаконно. Эделин был приговорен к 1 году испытательного срока и рисковал потерей своей лицензии, если бы его обжалование было отклонено.

Эделин был осужден лишь за несколько недель перед госпитализацией Карен Квинлан в больнице Св. Клер; когда случай Квинлан развивался в течение 1975 года, его обжалование было в стадии ожидания, а дела у него выглядели плохо. Все это повлияло на случай Квинлан, так как вовлеченные адвокаты, должно быть, видели параллели. В случае Эделина, пациентка хотела, чтобы он убил "живое существо", которое могло бы юридически считаться "человеком". В случае Квинлан, родители просили врачей их дочери, чтобы они содействовали ее смерти, когда она была юридически все еще "человеком". Возможно, адвокаты со стороны докторов Карен видели осуждение Эделина как установленный прецедент.

Кроме того, в 1975 Американская Медицинская Ассоциация (АМА) приравнила *отмену* респиратора, *чтобы позволить смерти произойти*, ("**позволение умереть**") к "*эвтаназии*" ("**убийство из милосердия**"), и приравнила *эвтаназию* к *убийству*. Также важно подчеркнуть, что в начале 1976 пока еще не было никаких юридических решений, разъясняющих права пациентов или их семей в судебных делах о смерти и умирании.

Врачи в судебном деле Карен Квинлан, Роберт Морс и его коллега Аршад Джавед, были (подобно Кеннету Эделину) только в начале их медицинских карьер. Морс закончил свою стажировку в неврологии только 10 месяцами ранее; Джавед окончил медицинскую школу в Пакистане. Очевидно, ни один

<sup>114</sup> Врач-стажер (resident) – штатный врач, осваивающий практические навыки после года интернатуры (реально живущий при больнице).

<sup>115</sup> Гистеротомия – Рассечение матки.

из них не имел длительного опыта с пациентами в бессознательном состоянии с поврежденным мозгом. Не трудно понять, почему, в контексте осуждения Эделина, Морс и Джавед были озабоченными возможностью пересечения границы между законностью и противозаконностью. Морс также боялся возможного иска в преступной небрежности врача, если Квинланы позже изменили бы их взгляды на свою просьбу отсоединить респиратор Карен. Одно *определение преступной небрежности врача* в Соединенных Штатах: "**отклонение от нормальных стандартов медицинской практики в сообществе**". А в 1975, когда почти все врачи чувствовали, что их долг продолжать уход до последнего момента, активное участие в смерти коматозного пациента было бы, конечно, таким отклонением.

### Дело Квинлан в судах.

Перед описанием того, как дело Квинлан решалось в судах, будет полезно дать краткий обзор возможных стадий дела, рассматриваемого судом. В судебном деле штата, первая стадия происходит в суде ограниченной юрисдикции: утверждения завещания, окружном (избирательном), или муниципальном судах. После того, как решение суда принято там, обжалование может быть направлено в окружной суд. Затем, существуют апелляционные суды штата (например, Апелляционный суд по гражданским делам и Апелляционный суд по уголовным делам в Штате Алабама). На уровне штата, последняя судебная инстанция обычно называется Верховным судом штата. Федеральные дела слушаются в отдельной системе судопроизводства. Промежуточные шаги в эту систему включают окружные апелляционные суды (такой суд часто имеет трех судей). В масштабе всей страны, последняя судебная инстанция – Верховный суд Соединенных Штатов. Судебные дела штата или федеральные можно расследовать или как нарушения гражданского права (типа случаев преступной небрежности врача) или как нарушения уголовного права (типа случаев оскорбления действием). Убийство и непредумышленное убийство определены уголовным кодексом каждого штата, и такие определения отличаются в зависимости от штата. Статьи относительно смерти мозга и статьи в отношении "позволения умереть" в законах штатов описывают *исключения* к убийству.

Чтобы отключить респиратор Карен, Джозеф Квинлан обратился за адвокатом в Службу юридической помощи (Карен, так как она не была несовершеннолетней и была нуждающейся, подходила для правовой помощи). Адвокатом стал Пол Армстронг, и для Квинланов, Армстронг был молодым, идеалистически настроенным юристом, готовым ринуться в бой. Их дело сначала слушал судья Роберт Муир из суда по утверждению завещания Нью-Джерси, и не имело места никаких промежуточных обращений, потому что Верховный Суд Нью-Джерси согласился заслушать дело немедленно. (Верховные суды штата иногда слушают дело немедленно, когда такое судебное дело может устанавливать прецедент.)

Самым простым и самым легким юридический путем для Квинланов, было бы получить опеку над Карен, а затем перевести ее в другую боль-

ницу, где можно было бы отключить респиратор. Армстронг, возможно, испортил дело, не следуя этой спокойной стратегии; вместо этого, он поднял драматическую проблему позволения Карен умереть.

В исполнении сознательного, но, к сожалению, неопытного 30-летнего адвоката Пола Армстронга, семья Квинлан получил очень сомнительную консультацию юриста. Так как вопрос опекуна мог рассматриваться отдельно от вопроса отказа от лечения.

Заявляя судье Муиру, что Джозеф Квинлан желал отключить респиратор Карен, Армстронг связывал руки Муиру. Опекун должен защищать интересы своего подопечного; в этом деле подопечной была уязвимая пациентка, и вопрос, была ли эта пациентка все еще "личностью", ни в коем случае не был улажен. По заявлению, данному Армстронгом, Муир не мог назначить Джозефа Квинлана опекуном Карен, не считая спорный вопрос, была ли Карен личностью, решенным и, таким образом, предрешая дело. (Считающий спорный вопрос решенным, допускает истинным то, что должно быть доказанным.) Поэтому, Муир назначил другого адвоката, Дениэла Кобурна в качестве опекуна Карен "на период этого иска или действия"; Кобурн, таким образом, стал адвокатом некомпетентного пациента.

Тогда Армстронгу необходимо было найти аргумент для позволения Карен умереть. Первоначально он доказывал (неправильно), что Карен была юридически с мертвым мозгом. Муир подверг его критике и прояснил, что, так как ствол мозга Карен все еще функционировал, она не удовлетворяла стандарту смерти "всего мозга" штата Нью-Джерси, – хотя неврологи свидетельствовали, что ее состояние было "необратимым" и что ее шансы для возвращения к нормальному состоянию были "ничтожные". (Стандарты смерти мозга мы обсудили в главе 6.) Не был способен также Армстронг успешно спорить на основе "права умереть" ("right to die"). Конституция Соединенных Штатов не упоминает "права умереть"; и в то время, не было никакого решения Верховного суда, которое говорило бы что-нибудь о таком праве, даже в отношении компетентных пациентов, не говоря уже, о некомпетентных пациентах подобно Карен Квинлан.

В конечном счете, свой успешный аргумент для разрешения Квинланам отключить респиратор у Карен Армстронг основал на «праве на личную свободу» («right to privacy»<sup>116</sup>), подразумеваемом Конституцией. Выражение «**right to privacy**», возможно вводит в заблуждение, так как оно, кажется, подразумевает только частное поведение; фактически, **оно указывает на право человека решать исключительно личные проблемы без вмешательства со стороны государства.** Конституционное «право на личную свободу» было впервые признано Верховным судом в 1965 в деле «Грисволд

---

<sup>116</sup> «"Privacy" – юридический эквивалент «личной свободе»». (Pence Gregory E. Classic cases in medical ethics: accounts of cases that have shaped medical ethics, with philosophical, legal, and historical backgrounds. – 2<sup>nd</sup> ed. – New York: McGraw-Hill, Inc., 1995. – P. 151). «В Соединенных Штатах, термин "right to privacy" охватывает наше право жить наши личные жизни, как мы считаем нужным, управлять тем, что может быть сделано с нашими собственными телами, и ограничивать то, какую информацию другие могут получать относительно наших личных дел». (Ibid., p.430)

*против штата Коннектикут»*, когда он нашел неконституционными законы штата, запрещающие врачам давать противозачаточные средства супружеским парам.

Вступительная речь опекуна Карен, Даниеля Кобурна, в суде включала следующий комментарий:

Я имею одну простую роль в этом деле... И она заключается в том, чтобы делать одну единственную вещь, которую я могу делать как квалифицированный профессионал, – сохранить живой Карен Квинлан. ...

Мы говорим о фактах. Карен Квинлан – не с мертвым мозгом. У нее нисколько нет "смерти мозга", если это – общепринятый стандарт... .

Имеется другой аспект... Существуют тысячи Карен Квинлан, я получил тысячи обращений по телефону со всех континентов о людях... Где не было никакой надежды, а они выздоровели. Они были с мозговыми повреждениями, а они обучаемы, хотя они могут иметь некоторое замедление. Но они все еще живы. Эти люди не хотят, чтобы Карен Квинлан умерла. Я не хочу, чтобы Карен Квинлан умерла. ...

Относительно теории, что она в действительности не покидает эту землю, что она только попадает в следующий мир немного скорее, со всей откровенностью к суду, и я не пробую быть легкомысленным, мое отношение состоит в том, что если Квинланы хотят экспрессом. Я собираюсь ехать местным. ...

Насколько имеется правовая основа для всего этого, что я слышал: "смерть с достоинством", "самоопределение", "свобода вероисповедания", – а я полагаю, что это игра слов, которую разыгрывают здесь. Это – эвтаназия. Никто, кажется, не хочет использовать это слово. Я же собираюсь использовать слово эвтаназия или его разновидность. ...

Один человек, образом действий, или отсутствием образа действий, собирается вызвать смерть другого человека.

Ральф Порзио, адвокат доктора Карен Роберта Морса, умолял судью Муира не возлагать на его клиента обязанность исполнить смертный приговор Карен. Он сказал, раз Вы допускаете, что человек жив, юридически и медицински, и раз Вы принимаете решение о том, что жизнь должна прийти к концу, тогда где Вы проведете границу?

Сам Морс свидетельствовал, что не было никакого медицинского прецедента, позволяющего ему отключить респиратор у Карен. Невролог Джулиус Кореин, свидетельствующий со стороны Квинлан, сказал, что он занимался 50 пациентами в постоянном вегетативном состоянии, и что все из них выигрывали в сравнении с Карен. Он описал Карен, как не имеющую никакого умственного развития вообще и как существующую подобно "анэнцефалическому чудовищу". Фрэд Плум, консультантский невролог другой стороны, подтвердил диагноз Кореина. Плум описал Карен, пользуясь терминологией, которую употребляют для описания человеческого плода. Выразительное свидетельское показание Плума, оказалось, не воздействовало на общественное понимание, а какие-либо фотографии Карен в больнице были не доступны. В период ожидания приговора, Квинланам предлагали 10,000 \$ за фотографию Карен. Они отказались, потому что хотели помнить их дочь такой, какой она была до болезни, а не Карен в коматозном состоянии. Поэтому большинство людей не понимало характер ее детериорации (ухудшения), а



некоторые художники даже изображали ее как нормальную девушку, которая мирно спит.

В ноябре 1975 – почти 7 месяцев спустя первичной госпитализации Карен – судья Муир вынес решение, что Кобурн должен оставаться опекуном Карен и что респиратор не должен быть отключен. Муир утверждал, что собственные пожелания Карен были неизвестными, потому что они никогда не были записаны, и что свидетельское показание ее родителей относительно ее пожеланий не могло приниматься как решающее, если это повлекло бы за собой ее смерть. Он также постановил, что никакого конституционного "права умирать" не существовало.

Несколькими неделями позже, Верховный суд штата Нью-Джерси заслушал это судебное дело. В суде более высокой инстанции, свидетельство о роли врачей в решении вопросов жизни и смерти стало заметным. С одной стороны, судьи выразили удивление в том значении, которое придавалось врачами различию между отключением респиратора и не подключением его. В это время, официальная позиция АМА состояла в том, что было допустимо не подключить пациента к респиратору; но как только пациент был на респираторе, было бы не допустимо отключить этого пациента, если намерение состояло в том, чтобы позволить смерти произойти. Судьи нашли эту линию аргументации "довольно хрупкой".

Кроме того, адвокаты со стороны врачей доказывали, что, как только врач принял пациента, абсолютная обязанность добиваться благополучия пациента стала "присоединенной" к врачу, так что врач уже не мог когда-либо допустить его смерть. Однако, Джулиус Кореин (невролог, который свидетельствовал со стороны Квинлан в суде более низкой инстанции) теперь свидетельствовал снова, раскрывая "секреты компании" среди врачей. Кореин описал, как используют врачи "разумную небрежность", позволяя терминальным пациентам умирать; он сказал, что это был "неписанный стандарт" в медицине. Свидетельскими показаниями в этом деле, Кореин обнародовал стандарт, который до этого обсуждался только внутри медицины.

В январе 1976, после 2 месяцев обсуждения, Верховный Суд Нью-Джерси единодушно разрешил дело в пользу Квинлан. Он полагал, что подразумеваемое Конституцией право на личную свободу было достаточно широким, чтобы разрешить семье умирающего некомпетентного пациента принять решение, чтобы позволить тому пациенту умереть, отключая жизнеобеспечение. Поскольку Верховный суд Соединенных Штатов никогда не делал сопоставимое решение, *суд Нью-Джерси был первым, который применил право на личную свободу в деле "позволения умереть"*. Суд Нью-Джерси также разрешил Джозефу Квинлану стать опекуном Карен, высказался (хотя в этом не было необходимости) о консультативной роли этических комитетов в будущих случаях, и дал судебный иммунитет Морсу и Джаведу для отключения жизнеобеспечения Карен.

В апреле 1976, через 4 месяца после решения суда, Карен Квинлан была все еще жива. К тому времени, язвы лежачего положения разъели ее плоть, и

ее тазовые кости были открыты. Почему Карен была все еще жива в этом – один из наименее понятых и наиболее интересных аспектов этого случая.

Согласно Квинланам, Морс сопротивлялся осуществлению решения Верховного суда Нью-Джерси, потому что говорил он "с этим я буду должен жить остаток моей жизни". Монахиня, которая работала в административной должности, была более прямой: "Вы должны понять нашу позицию, Госпожу Квинлан. В этой больнице мы не убиваем людей". На это, Джулия Квинлан ответила, "почему Вы не сообщили мне об этом 10 месяцев назад? Я убрала бы Карен из этой больницы немедленно". Администраторы в больнице Св. Клер были не одинокими в их позиции. Католические больницы видели решение дела Квинлан как другой шаг вниз по «скользкому склону», который начался 3 годами ранее с легализации аборта в 1973.

Поэтому Морс и Джавед решили попробовать "постепенно отказаться от системы жизнеобеспечения Карен", вместо того, чтобы просто отключить респиратор у Карен. Усталые, измученные Квинланы и их неопытный адвокат, кажется, не понимали того, что это значило, а реальные смыслы стали очевидными в течение последующих 10 лет. Более опытный адвокат, получил бы судебный приказ. Получив такой судебный приказ, Квинланы могли бы переместить Карен в больницу, где бы ей позволили умереть. Только в конце мая 1976, у Карен был совсем отключен респиратор.

Теперь, больница Св. Клер хотела немедленно передать Карен любому другому учреждению. Управление Медикейда Нью-Джерси вынудило одну частную лечебницу (дом инвалидов) принять Карен 9 июня 1976. Только 13 июня 1986, после больше чем 10 лет в лечебнице (доме инвалидов), тело Карен Квинлан было объявлено мертвым. В течение нескольких месяцев до этого, у Карен была пневмония. В конце, Квинланы отказались от антибиотиков, чтобы реверсировать ее. Джулия Квинлан несла ночное бдение у кровати ее дочери и была там в последний момент биологической жизни Карен.

### **7.2.2. *Случай Крузан: Верховный Суд подтверждает право на смерть.***

Дело Нэнси Крузан привело к поворотному решению Верховного суда Соединенных Штатов в июне 1990. До этого решения, 20 штатов признали право компетентных пациентов отказаться от медицинского жизнеобеспечения, и все эти штаты (за исключением Нью-Йорка и Миссури) признали право заместителей принимать решения за некомпетентных пациентов. Решение в деле Крузан, однако, было первым решением Верховного суда Соединенных Штатов, которое явно признало права умирающих пациентов.

#### *а. Пациентка: кома Нэнси Крузан.*

Ранним утром 11 января 1983 года двадцатипятилетняя Нэнси Крузан ехала по пустынной окружной дороге штата Миссури. Дорога была скользкой, и машину занесло, перевернуло, и она разбилась, Нэнси Крузан выбросило из кресла водителя, и она оказалась в кювете лицом вниз у обочины дороги.

Автомобиль скорой медицинской помощи прибыл быстро, но недостаточно быстро, чтобы спасти её от получения необратимого поражения головного мозга. Нэнси Крузан никогда не обретёт вновь сознание и врачи, в итоге, пришли к заключению, что она вошла в состояние, известное с медицинской точки зрения как *постоянное вегетативное состояние*; бодрствующее, но неосознанное. Её высшие функции мозга, ответственные за узнавание, память, понимание, антиципацию и другие когнитивные функции, все были утрачены.

Её руки и ноги были подтянуты в позу плода, её колени против её грудной клетки, а её тело оцепеневшим и сжатым. Только громкие звуки и причиняющие боль стимулы вызывали ответные реакции, но даже они были не больше, чем неврологическими рефлексам.

"Мы буквально оплакивали тело Нэнси и ни разу ничего не увидели", – сказал её отец, Джо Крузан. "Она не осознавала себя".

Нэнси Крузан была неспособной питаться, но её тело поддерживалось питательной трубкой, введённой хирургическим путём в её желудок. Она была пациенткой в Центре реабилитации Миссури, но никто не надеялся её реабилитировать. Её можно было бы лишь сохранять живой.

"Если бы только автомобиль скорой медицинской помощи прибыл пятью минутами раньше или пятью минутами позже", – сокрушался её отец.

Стоимость ухода за Нэнси Крузан составляла 130,000 \$ в год. Счёт оплачивался штатом. Её семья не была ответственной за её медицинское обслуживание, так как она была совершеннолетним юридическим лицом, когда произошла авария. Была бы она моложе двадцати одного года, Крузаны были бы ответственными за её медицинские счета, при условии, что они имели бы какие-либо финансовые ресурсы, чтобы их оплачивать.

В 1991 году Нэнси Крузан было тридцать два года. Её врачи оценили, что она может прожить и другие тридцать лет. Она была подобной ещё приблизительно 10,000 других американцев в это время. Они погрузились во мрак, пребывая в забвении, что лежит между жизнью и смертью. Те, кто любит их, могут думать о них лишь с печалью и безысходностью. Делая выбор между медленным умиранием в этом мире упадка и смертью, большинство людей считают трудным представить себе, что некоторые могли бы не выбрать смерть.

### *б. Первое решение Верховного Суда относительно смерти и умирания.*

В конце концов, постепенно надежда исчезла у родителей Нэнси Крузан. Они встали перед лицом факта, что она никогда не обретёт вновь своего сознания, и пришло время, когда они пожелали их дочери умереть, а не сохраняться живой в её безнадежном состоянии. Они потребовали, чтобы отменили питательную трубку, используемую для поддержания у Нэнси жизни. Административные чиновники Центра Реабилитации Миссури отказались, и Джо и Луиза Крузаны были вынуждены обратиться в суд.

Во время судебных слушаний семья свидетельствовала, что Нэнси никак не хотела, чтобы поддерживали жизнь в её текущем состоянии. Её сестра Кристи рассказала, что Нэнси говорила ей о том, что она никогда не желала сохраняться живой "просто как овощ (растение)". Приятель так же свидетельствовал, что Нэнси говорила ему о том, что если она получит повреждение или заболит, она не желала бы продолжения её жизни, если не сможет жить "почти нормально". Семья и друзья рассказали в общих чертах о решительности Нэнси и её чувстве независимости.

В июле 1988 года Чарльз Э. Тил на выездной сессии окружного суда города Джаспер постановил, что искусственное продление жизни Нэнси Крузан нарушает её конституционное право. Так, он писал: "Существует фундаментальное право, выраженное в нашей Конституции, как "право на свободу", которое позволяет индивидуальному лицу отказаться-

ся (либо прямо отказаться, либо отменить) от искусственно продлевающих смерть процедур, когда человек не имеет когнитивных мозговых функций".

Главный прокурор штата Миссури Вильям Уэбстер высказал мнение, что интерпретация судьёй Тилом закона о прижизненном завещании штата Миссури была много шире, чем законодательный орган штата подразумевал. Действуя от лица штата, Уэбстер обжаловал решение в Верховном суде штата.

В ноябре 1988 года Верховный Суд штата Миссури в решении 4-х к 3-м отменил решение суда низшей инстанции: родители Нэнси Крузан не будут иметь разрешение отсоединить питательную трубку.

Суд сосредоточил внимание на установленном штатом статусе прижизненного завещания. Закон разрешает отмену искусственных систем жизнеобеспечения в тех случаях, в которых индивидуальные лица являются безнадежно больными или травмированными и имеются "ясные и убедительные свидетельства", что это есть то, что они желали бы видеть сделанным. Закон особо запрещает отказ от снабжения пищей и водой. Аргументация судьи Тила в решении суда низшей инстанции была такой, что введенная хирургическим путём трубка являлась консервативным инвазивным лечением, которое закон штата Миссури даёт разрешение её родителям, как опекунам, распорядиться прекратить.

Верховный Суд штата Миссури признал, что свидетельства относительно того, что Нэнси Крузан пожелала бы, не удовлетворяют стандарту "ясных и убедительных свидетельств", требуемых законом. Кроме того, свидетельства не доказывали, что введенная питательная трубка была "рискованно инвазивной" или "обременительной". В этом случае, следовательно, интерес штата в сохранении жизни должен отвергнуть другие соображения.

Говоря словами решения, суд признал, что "нет принципиального законного основания" разрешить Крузанам "избрать смерть их подопечной". В отсутствие такой основы "и перед лицом строго установленной политики штата в защиту жизни, мы решаем ошибаться на стороне жизни, уважая право некомпетентных лиц, который могут желать жить, вопреки сильно уменьшенному качеству жизни".

Поверенный Крузанов, Уильям Колби, обжаловал судебное решение в Верховном суде Соединенных Штатов. Впервые суд согласился заслушать дело, которое включало спорные вопросы "права умереть". 25 июня 1990 суд издал постановление, которое считается поворотным. В решении 5-к-4, суд отклонил аргумент Колби, что суд должен признать неконституционным строгое требование стандарта штата Миссури "очевидного и убедительного свидетельства" относительно пожелания коматозного пациента. Это означало, что родители Нэнси Крузан проиграли их дело.

Несмотря на жестокое разочарование Крузанов, Верховный Суд *впервые подтвердил имеющее силу конституционное основание для прижизненного завещания и для назначения другого человека, действовать как заместитель в принятии медицинских решений от имени другого*. В отличие от решений в деле «Роу против Уэйда» и дела Квинлан, которые нашли право на охрану сфер личной жизни ("right of privacy") в Конституции, решение Суда в деле Крузан, обратилось к "liberty interest" Четырнадцатой Поправки. *Интерес включает свободу отклонить нежелательное лечение*. Суд нашел основания для этого интереса в традиции общего права, согласно которому, если один человек даже касается другого без согласия или законного обоснования, то он совершает оскорбление действием.

Суд расценил это как *основание для требования, чтобы пациент давал информированное согласие на лечение*. "Логическим заключением" из информированного согласия, посчитал суд, является то, что *пациент также обладает правом отказаться давать согласие*. Трудность возникает, тем не менее, когда пациент не в состоянии дать согласие. Проблемой становится знание, каковыми были бы пожелания пациента.

Ренквист, во мнении большинства, считал, что Конституция разрешает штатам стандарт, которому должно удовлетворять определение пожеланий коматозного пациента.

Следовательно, строгий стандарт Миссури, который требует "очевидного и убедительного доказательства пожеланий пациента", оставался в силе. Суд считал, что было законным для штата, допустить ошибку на стороне осторожности, "потому что ошибочное решение не прекращать лечение приводит к сохранению статус кво", "в то время как ошибочное решение прекратить лечение "не поддается исправлению".

Судья Уильям Бреннан значительно расходился во мнениях с этой линией аргументации. Он указал, что ошибка в отношении пожеланий коматозного пациента и продолжение лечения также имеет серьезное последствие. Сохранение статус кво "отнимает у пациента сами качества, защищенные правом избежать нежелательного лечения".

Судья Стевенс, в другом особом мнении, доказывал, что фокусирование судом на том, какой вес дать предыдущим заявлениям пациентов, лишено смысла. Суд должен был сосредоточиться на проблеме наилучшего интереса пациента. Иначе, единственные люди, которые будут способны пользоваться их конституционным правом, быть свободными от нежелательного лечения, – те, "кто имел предвидение, чтобы сделать однозначное заявление об их пожеланиях в то время, когда они были компетентными".

Одним из наиболее значительных аспектов решения был тот, что *суд не проводил никакого различия между снабжением пищей и гидратацией и другими формами медицинского лечения*. Один аргумент от имени штата состоял в том, что снабжение пищей и водой не было медицинским лечением. Однако, краткие письменные отчеты с привлечением фактов и документов, поданные медицинскими ассоциациями прояснили суть дела. Определение формулировки, необходимой человеку в состоянии Нэнси Крузан и регулирование его питания, – в медицинском отношении сложные процедуры.

Решение Суда оставило нерешенным вопрос о конституционности того, что иногда называют содействием в самоубийстве. Некоторые суды штатов считали, что, хотя отдельные лица имеют право умереть, они не имеют права на помощь других в убийстве себя.

**Последствия.** Через пять месяцев после решения Верховного суда в деле Крузан, 14 декабря 1990 года, питательная трубка Нэнси Крузан была удалена легально, и она умерла. Нэнси расторгла брак как раз перед ее несчастным случаем, и она имела некоторых друзей, которые знали ее только под одной фамилией, которую она носила в браке, Нэнси Дэвис. Когда ее дело впервые стало широко известным, эти люди не поняли, что она была той женщиной, о которой говорилось в заголовках и новостях. Позже, по мере того как общенациональная известность росла, они узнали, кто была Нэнси Крузан, и откликнулись. Процесс апелляции был уже в процессе разработки к тому времени, и судьи обсуждали большие проблемы; но после главного решения, дело повторно слушали в суде низшей инстанции, потому что друзья Нэнси представили новые свидетельские показания. В этом слушании, суд низшей инстанции решил, что теперь доказательства соответствовали стандарту "очевидности и убедительности".

## **7.3. Этические проблемы.**

### **7.3.1. Сообщение и контроль.**

Случаи Квинлан и Крузан включают не только моральные конфликты, но также и конфликты относительно контроля и управления медицинским лечением.

В случае Квинлан, одна такая проблема имела отношение к переводу Карен из маленькой больницы общины – Newton Memorial – в больницу Св.

Клер. Когда Квинланам первоначально сделали предложение о переводе Карен, они не понимали, какими могли быть последствия перемещения. В местной больнице, пациенты и семьи часто имеют дело с врачами, которых они знают, доверяют, и, возможно, выбрали самостоятельно. Как только пациенты перемещаются в большую, безличную, больницу "высокоспециализированной медицинской помощи", они будут иметь дело, по контрасту, с медицинским персоналом, состоящим из незнакомых лиц, которые назначены по воле случая, и чей смысл профессионализма может находиться в противоречии с решениями или пожеланиями семьи.

*Другая проблема*, – которая часто возникает, когда пациента перемещают, – имеет отношение к больничным политикам, так как *различные больницы и многие специальности имеют свои собственные внутренние правила*. В идеале, конечно, больницы должны объявлять об их политике, включая об уходе за умирающим пациентом, и заблаговременно информировать пациентов и их семьи о такой политике. В действительности, однако, пациенты и семьи редко информированы о больничных политиках прежде, чем госпитализация или перемещение происходит. Например, когда Квинланов просили, дать их "информированное согласие" и подписать документы, позволяющие сделать Карен трахеотомию, необходимую для респиратора МА-1, они не знали политику больницы Св. Клер: как только пациент был на таком респираторе, последний уже не мог быть удален. Как больница могла получить "информированное согласие" от семьи, стоящей перед определяющим решением без того, чтобы дать семье такую информацию? Точно так же Крузаны, возможно, не поняли, что штат, управляющий оснащением больницы оборудованием в Миссури, не будет удалять питательную трубку из находящегося в постоянном вегетативном состоянии пациента.

Другая проблема затрагивала Медикейд, медицинское обеспечение, предназначенное для бедных людей. Карен Квинлан и Нэнси Крузан, как некомпетентные совершеннолетние, могли объявляться банкротами и, так образом, подходили для Медикейд; и Квинланы и Крузаны приняли государственную оплату Медикейда за лечение их дочерей. Принимая Медикейд, они извлекли выгоду, однако, они, возможно, не поняли, что теперь чиновники и бюрократы государственного здравоохранения могли принимать (жизненно важные) решения о жизни и смерти за Карен и Нэнси.

Еще одна проблема касается того, чья концепция "смерти" будет контролировать случай, когда пациент некомпетентен, и возникает вопрос удаления поддержки. Карен Квинлан не была, юридически мертвой, а ее семья не согласилась с больницей относительно того, какой оценочный стандарт смерти применять: оценочно, Квинланы были убеждены, что Карен была уже мертвой, тогда как больница желала быть более осторожной.

Могут иметь место другие оценочные конфликты. В случае Крузан, штат Миссури применил строгий стандарт в попытке установить собственные пожелания Нэнси Крузан в отношении удаления ее питательной трубки, и отклонил свидетельства, которые представили Крузаны. Крузаны и штат также не согласились в их оценке рисков и выгод, включенных в лечение Нэнси.

### 7.3.2. Милосердие.

В случаях, подобным случаю Карен Квинлан или Нэнси Крузан, милосердие может стать фактором. Человек, аргументирующий от милосердия, мог бы обратиться к чему-нибудь подобному «золотому правилу»: *"Если бы я заканчивал жизнь в состоянии подобно Карен или Нэнси, я хотел бы умереть, и я надеюсь, что вокруг меня были бы люди достаточно милосердные, чтобы позволить мне умереть. Если бы я мог как-нибудь возможно «осознавать» в таком состоянии, я не хотел бы, чтобы это продолжалось. Я не хотел бы быть заключенным в тюрьму в таком теле в течение месяцев или лет. Это было бы хуже, чем похороненным живым, потому что, если бы я был похоронен живым, я умер бы несколько дней спустя. Милосердие требует, чтобы мы делали умирание гуманным, а не бесконечной пыткой"*.

Квинланы и Крузаны доказывали, что разрешение Карен и Нэнси умереть будет милосердным делом. Проблема милосердия релевантна в этих и подобных случаях, потому что мы не можем знать наверняка, что такие пациенты не *чувствуют* –, мы не можем быть уверенными, что они не испытывают ощущения типа боли и дискомфорта. Мы не можем даже быть уверенными, что они не испытывают дистресс, страх, фрустрацию<sup>117</sup>, утрату, или другие мучительные эмоции.

Например, конечности Карен Квинлан были вначале связаны, но ее голова, яростно двигалась, как будто она пыталась удалить назогастральные питательную и дыхательную трубки. Также, некоторые из семьи Карен – и их адвокат – рассказывали, что Карен смотрела, как будто она испытывала боль. Джулия Квинлан рассказывала, что "по ее выражениям лица, казалось, как будто она испытывает боль"; и, "они говорят она не чувствует боль, но я задавалась вопросом, знали ли они это наверняка". Вопрос, были ли эти явления преднамеренным поведением или только рефлексам – философская, а также медицинская проблема. Преднамеренное поведение свидетельствовало бы, что организм, стремится к некоторой цели, типа свободы от боли, и могло бы даже показывать понимание.

Как констатировал философ семнадцатого века Рене Декарт, сознание в других – всегда вывод из внешнего поведения; оно не может быть непосредственно наблюдаемо. Бессознательное состояние, или отсутствие сознания, также является выводом. Если мы утверждаем, – как некоторые люди делают это, – что мухи не сознают, это – вывод из поведения мух; и поскольку затронуты мухи, мы можем легко делать такие выводы. В случае человека, однако, много поставлено под угрозу, если мы не правы.

Рассмотрим, например, состояние, названное **синдромом изоляции**, который только недавно был распознан. Пациенты в этом состоянии так экстенсивно парализованы, что они не могут управлять ничем, кроме мигания своих глаз, но эти пациенты точно также сознают, как любой нормальный человек. Этот синдром, возможно, приводил к некоторым похоронам живых

---

<sup>117</sup> Фрустрация – состояние подавленности, тревоги, возникающие у человека в результате крушения надежд, невозможности осуществления целей.

в прошлом. Что-нибудь можно вообразить более жуткое, чем это? *Возможно*; предположим, что разум Карен Квинлан был жив в течение 10 лет внутри ее очевидно коматозного тела.

Неврологи же чувствуют уверенность, что пациенты в состоянии Карен Квинлан не сознают. В подобном случае, деле Пола Брофи в 1986, Американская Академия Неврологии писала:

Никакой сознательный опыт боли и страдания не возможен без интегрированного функционирования ствола мозга и мозговой коры. Боль и страдание – признаки сознания, и пациенты в постоянном вегетативном состоянии подобно Брофи не испытывают их. Вредные стимулы могут активировать периферийно расположенные нервы, но только мозг со способностью к сознанию может переводить эту невральную деятельность в переживание<sup>118</sup>.

Согласно Multi-Society Task Force on PVS, изучение механизмов показывает, что мозговая деятельность пациентов в постоянном вегетативном состоянии далеко ниже мозговой деятельности у пациентов с синдромом изоляции, и обширные неврологические обследования пациентов в постоянном вегетативном состоянии во время вскрытий открыли глубокие повреждения, несовместимые с пониманием<sup>119</sup>.

Хотя эти неврологические обстоятельства могут быть обнадеживающими, однако, они не решают проблему милосердия (сострадания). В конечном счете, случаи Карен Квинлан и Нэнси Крузан стали *символизировать милосердие как проблему, и для пациентов и семьи*. Эти случаи, оказалось, представляют *перестановку ценностей в медицине*: вместо того, чтобы делать то, что желали семьи, медицина делала то, что требовала бюрократия; вместо достойной смерти, механизмы для дыхания и питательные трубки поддерживали существование; вместо быстрой смерти, имело место медленное увядание изнуренного тела в течение десятилетия. Для многих людей, эти две смерти были безжалостными.

### **7.3.3. Пациенты в постоянном вегетативном состоянии: издержки ухода.**

Пациенты в постоянном вегетативном состоянии обычно требуют круглосуточного наблюдения со стороны медицинских сестер. Карен Квинлан и Нэнси Крузан, например, нуждались в 24-часовом уходе (в случае, если дыхательные пути стали закупоренными, ведя к удушью). Они также нуждались в отхаркивающих средствах и антиконвульсивных лекарствах, в заменах мочевых катетеров и трубок, удаляющих фекальные отходы, в сгибании их мышц, чтобы препятствовать их сокращению. Им нужно было вымывать тела, чистить зубы, лечить зубные полости, чтобы предотвратить смертельные инфекции, и лечить другие инфекции антибиотиками.

<sup>118</sup> American Academy of Neurology, amicus curiae brief en Brophy v. New England Sinai Hospital, Inc., 1986; quoted in Ronald Cranford, "The Persistent Vegetative State: the Medical Reality (Getting the Facts Straight)," HCR, vol. 18, no. 1, 1988, p. 31.

<sup>119</sup> Multi-Society Task Force on PVS, "Medical Aspects of the Persistent Vegetative State," parts 1 and 2, NEJM, vol. 330, no. 22, pp. 1501-1502.



Когда больница остается с пациентом в постоянном вегетативном состоянии, сделав все, что она может, эти обстоятельства создают моральные дилеммы для больницы и семьи. Что следует делать с таким пациентом? Немногие частные лечебницы и дома инвалидов с медицинским обслуживанием будут госпитализировать пациентов в постоянном вегетативном состоянии, так как уход, который эти пациенты требуют, далеко выходит за пределы того, что большинство таких лечебниц и домов может обеспечивать; и в любом случае нет фактически такого медицинского страхования, которое покрыло бы долгосрочный уход за пациентом в постоянном вегетативном состоянии в частной лечебнице или в доме инвалидов с медицинским обслуживанием. Едва ли любая семья может предоставлять этот уход, который мог бы легко стоить 100,000 \$<sup>120</sup> в год, и никто не возместит больнице этих расходов. В результате, многие пациенты в постоянном вегетативном состоянии просто остаются в неопределенности в больницах, так как юридически и этически они не могут быть свалены в проходы, чтобы там умирать.

Трудно сочувствовать больнице Св. Клер, которая вынудила Квинланов сохранять тело Карен живым, и затем не желала оплачивать образ действия, который ее собственная политика требовала – также, как, в случае Крузан, трудно сочувствовать штату Миссури, который приводил доводы в пользу сохранения ее тела живым, и должен будет оплатить уход за ним, если бы этот аргумент возобладал. Однако, что делать в отношении за пациентами в постоянном вегетативном состоянии – более широкая проблема, чем вопрос, действительно ли учреждение подобно Св. Клер заслуживает нашу симпатию.

В этом отношении, важно констатировать, что социальный (патронажный) работник Карен Квинлан пробовал передать ее государственной психиатрической больнице, с тем чтобы больница Св. Клер не должна была нести издержки по ее уходу; но государственные учреждения испытывали недостаток респираторных врачей и респираторов и поэтому не могли принять ее. Отсутствие таких ресурсов – обычно предмет государственной политики; то есть оно – обязанность принятия решения государством по проблемам медицинской распределительной справедливости. Обычно, когда государство не предоставляет некоторые виды лечения, это отражает оценку, что возможности выздоровления являются слишком маленькими, чтобы оправдать издержки. И недостаток, и достоинство любой государственной медицинской системы, что никакие отдельные лица, делающие такие оценки, не могут быть идентифицированы; в тоже время эти оценки в действительности являются оценками, чтобы не предоставлять эти виды лечения некоторым пациентам.

---

<sup>120</sup> В рублевом эквиваленте это выглядит еще катастрофичнее.

### **7.3.4. Виды Случаев.**

Когда мы участвуем в этическом рассуждении о людях, которые умирают, полезно проводить различие среди разных видов случаев. Рассмотрим, как общество могло бы идеально принимать решения относительно смерти и умирания.

- Во-первых, судьи обсудили бы компетентных взрослых пациентов с терминальными болезнями, определяя право этих пациентов отказаться от лечения.
- Во-вторых, судьи могли бы решить, имеют ли компетентные совершеннолетние право отказаться от лечения, когда они не неизлечимо больны.
- В-третьих, судьи могли бы двигаться к совершенно другому виду случая, в котором заместитель или доверенное лицо принимает решения за пациента, который однажды был, но больше не компетентный – некомпетентный, но прежде компетентный пациент.
- Четвертый вид ситуации включил бы принятие решения заместителем за несовершеннолетних и детских пациентов: вообще, категория сейчас некомпетентных, но позже могущих быть компетентными пациентами.
- Наконец, судьи решали бы о том, действительно ли необходимы специальные стандарты для некомпетентных пациентов, которые никогда не были компетентными (типа сильно умственно отсталых младенцев и совершеннолетних).

Некоторые из этих случаев поднимают трудные этические вопросы относительно оценки "качества жизни", так как, что компетентный человек может видеть как "плохое" качество жизни, может быть воспринято по-другому некомпетентным пациентом.

В случае Квинлан, решение Верховного суда Нью-Джерси вело два различных вида случаев вместе, и эта очевидная путаница волновала некоторых критиков, которые уже расценивали судебное дело как обесценивание абсолютного значения (ценности) жизни. Как мы видели, суд Нью-Джерси основал свое решение частично на праве на личную свободу, как было установлено Верховным судом Соединенных Штатов в деле «Грисволд против штата Коннектикут» в 1965 – право, которое, в медицинском контексте, применялось бы предположительно только к компетентным пациентам. Но постановление о том, что респиратор Карен мог быть отключен, было также основано на стандарте замещающего суждения, согласно которому близкие родственники или друзья могут замещать своим суждением суждение некомпетентного пациента.

Поэтому, по крайней мере, две проблемы были замечены в связи с этим решением. *Одна* состояла в том, что было неясно, как право семьи делать замещающее суждение могло быть выведено из дела Грисволд. Критики чувствовали, что суд Нью-Джерси слишком быстро перепрыгнул от *права женатых людей управлять их собственным воспроизводством* (ситуация в деле

Грисволд) к *праву родителей позволить взрослому, коматозному ребенку умереть*. Так как тогда не было никаких промежуточных решений о том, имели ли компетентные совершеннолетние (неизлечимо больные или нет) право ускорить их собственную смерть, отказываясь от лечения.

*Другая проблема* имела отношение к самому *стандарту замещающего суждения*, который является в известном смысле неопределенным и субъективным. Этот стандарт предполагает, что решения, сделанные семьей пациента или друзьями отразят то, что сам пациент хотел бы, чтобы было сделано. В случае Квинлан, однако, было неясно, *выражала ли Карен Квинлан когда-либо желание не продлевать свою жизнь*, если она станет коматозной, или даже *желание, чтобы ее родители действовали за нее в такой ситуации*.

### **7.3.5. «Скользкий склон».**

Дело Квинлан, так образом, вызвало сильное беспокойство относительно «скользкого склона» – метафора, которая стала одной из наиболее мощных идей в этике и политике. В этом образе, некоторая проблема, или ситуация (возможно, даже общество в целом), представляется как взгроможденная на краю крутого склона, и моральные принципы видятся как колодки или выступы, которые предохраняют ее от соскальзывания. Если мы удаляем слишком много колодок (или иногда только одну подставку), начнется нисходящее скольжение. Скольжение может быть незаметным сначала, но когда оно получит импульс, и поскольку большое количество колодок удалено (или падает под этим импульсом) скольжение станет неостанавливаемым. Неизбежно, скольжение закончится внизу склона, который видится как "яма", "джунгли", моральный хаос, или крушение. Скользкий склон может относиться или к предсказанию относительно *эмпирических последствий*, если происходят некоторые моральные сдвиги, или к *связи* в аргументации, если некоторые предпосылки являются общепринятыми.

В случаях подобно Карен Квинлан, люди, которые мыслят в терминах этой метафоры, боятся, что как только общество позволит произойти одному виду смерти в одном виде ситуации, оно тогда позволит произойти второму виду смерти во второй ситуации, а затем третьему виду в третьей ситуации, и так далее. Погружаясь вниз по скользкому склону, общество скоро достигнет основания, где массы уязвимых пациентов будут убиты против их желания. Эти критики доказывают, что если, скажем, "качество жизни" становится приемлемым основанием для позволения компетентному пациенту умереть, оно будет затем применяться к некомпетентным пациентам. Как только лейкозным совершеннолетним позволят умереть, лейкозным подросткам и детям будет также позволено умереть; сначала мы допускаем аборт плода из-за

Синдрома Дауна<sup>121</sup>, а затем мы позволим умереть новорожденному с Синдромом Дауна.

Скользкий склон обсуждаться больше в Главе 8; а пока мы должны обратить внимание, что он часто используется, чтобы сохранить статус кво. Он может налагать бремя доказывания на тех, кто желает перемен, демонстрировать заранее, что никакого вреда не последует.

### ***Вскрытие Карен Квинлан.***

Пациенты в постоянном вегетативном состоянии могут, в конечном счете, помочь нам, узнать больше об анатомической основе человеческого сознания. Неврологи теперь убеждены, что сознание имеет два измерения или компонента: бодрствование (или активация) и понимание. На основании этого анализа, пациенты в постоянном вегетативном состоянии могут быть описаны как бодрствующие, но не сознающие.

В 1994, результаты вскрытия мозга Карен Квинлан были обнародованы; они показали обширное повреждение таламуса. Прежде думали, что бодрствование активизировалось рядом входных сигналов, переданных от ствола мозга и таламуса в кору. Модель повреждения в мозге Карен, однако, внушила, что таламус играет меньшую роль в активации, чем думали, и большую роль в понимании.

## **ГЛАВА 8. ПРОСЬБЫ О СМЕРТИ.**

Эта глава обсуждает случаи Елизабет Боувиа и Ларри Макафи, двух человек с нетерминальными инвалидностями вследствие соматических нарушений, которые решили, что они не хотят больше жить.

---

<sup>121</sup> Синдром Дауна [Down J. (Даун), английский врач, 1828-1896] – монголоидность черт лица; задержка умственного развития, сопровождающаяся различными аномалиями, обусловленных трисомией по 21-й паре хромосом в некоторых или во всех клетках. Проявляется замедленным ростом, плоским недоразвитым лицом с коротким носом, эпикантусом, маленькими круглыми ушами с выдающимся противозавитком, широкими руками и ногами и поперечными складками на ладонях.

## 8.1. История вопроса: перспективы в отношении самоубийства.

### 8.1.1. Греция и Рим.

Древние Греки – или, по крайней мере, их аристократы – стремились не просто жить, но добиваться жизни, которая бы служила примером благородства, чести, высокого качества и красоты. Греки полагали, что "неосмысленная жизнь не стоит того, чтобы ее прожить" и что "в действительности важным делом является не жить, но жить хорошо". Также они относились к смерти. А думали они, что философия даст им мудрость, чтобы подойти к смерти таким же образом как к жизни (слово *философия* означает "любовь к мудрости"). Платон увековечил Сократа как утверждающего, что "Те, кто подлинно предан философии, заняты на самом деле только одним – умиранием и смертью, и... для них из всех людей, смерть наименее тревожна. ... А если ты увидишь человека, которого близкая смерть огорчает, не свидетельствует ли это с достаточной убедительностью, что он любит не мудрость, а тело<sup>122</sup>".

Собственная смерть Сократа – одна из наиболее известных в истории: приговоренный к смерти за свои убеждения, Сократ мог бы сбежать из его любимых Афин, но взамен выбирает выпить яд, приготовленный из болиголов. В сцене его смерти, он беседует о природе смерти с его другом Кебетом. В этом обсуждении, Кебет утверждает, что это просто не бояться смерти, если верить в жизнь после смерти. Однако он сам полагает, что «расставшись с телом, душа уже нигде больше не существует, но гибнет и уничтожается в тот самый день, когда человек умирает»<sup>123</sup>. «Но что душа умершего продолжает существовать, – добавляет он, – и обладает известной способностью мыслить, – это... требует веских доказательств и обстоятельных разъяснений».<sup>124</sup> Сократ отвечает, что душа может действительно быть бессмертной, но если она не бессмертна, тогда смерть является подобной сну, из которого никто никогда не пробуждается. Если смерть – сон, нет ничего, чтобы бояться в смерти, потому что не будет существовать никого, кто может чувствовать боль или обнаружить отсутствие жизни. (Много людей ответили бы Сократу, что как раз отсутствие сознательного я является тем, чего они боятся в смерти.)

Болиголов – яд, который действует (подобно никотину) уменьшая кровообращение в конечностях, создавая ощущение дистального онемения, и, в конечном счете, останавливая сердце. В течение абстрактной дискуссии Сократа и Кебета, болиголов воздействовал на Сократе, работал от его пальцев ног до его бедер. Когда обсуждение завершается, государственный отравитель находит, что бедра Сократа оцепенелые, и говорит, что Сократ умрет в течение минуты, когда яд достигнет сердца. Так как его друзья начинают

<sup>122</sup> Платон. Федон // Платон. Собрание сочинений в 4 т. Т.2. – М.: Мысль, 1993. - С.14,20.

<sup>123</sup> Платон. Федон. - С.21.

<sup>124</sup> Платон. Федон. - С.22.

кричать, Сократ говорит: "Успокойте себя и попытайтесь быть храбрыми!" Он умирает мгновениями позже. Платон – его любящий последователь, и автор этого рассказа – пишет: "Таков... был конец нашего друга, человека – мы вправе это сказать – самого лучшего из всех, кого нам довелось узнать на нашем веку, да и вообще самого разумного и самого справедливого".<sup>125</sup>

Столетиями позже, в древнем Риме, император Марк Аврелий и "философ раб" Эпиктет прославляли самоубийство как более храброе, чем недостойная жизнь от боли. Римские стоики выдвинули аргумент *за открытую дверь*: "Когда комната дымна, если только умеренно, я останусь; если имеется слишком много дыма, я уйду. Помните это, держите твердую руку на ней, дверь всегда открыта". (Аргумент за открытую дверь был возрожден в двадцатом столетии философом экзистенциалистом Жан-Полем Сартром, который подчеркнул, что выбор – даже выбор пребывания живым каждый день – неизбежен.) Сенека написал о старости: "Если она начинает ослаблять мой ум, если она уничтожает мои способности одну за другой, если она оставляет мне не жизнь, но существование, я покину гнилое или шатающееся здание".

### **8.1.2. Иисус и Августин.**

Согласно Новому завету, Иисус запрещал убийство и проповедовал пацифизм; но первичный центр его миссии – вопреки широко распространенному убеждению – не должен был передать мораль, чтобы жить, а скорее устанавливать новые духовные отношения с Богом. Его доминирующей проповедью, как это представлено в Евангелиях, является: раскаиваться в грехе, просить прощение у Бога, быть "рожденным снова", и быть готовым для начинающегося царства Бога, которое придет очень скоро. В Евангелие от Матфея он говорит своим ученикам: "...Есть некоторые из стоящих здесь, которые не вкусят смерти, как уже увидят Сына Человеческого, грядущего в Царствии Своем"<sup>126</sup>. Как пишет Аласдейр Макинтайр в его «Краткой истории этики»:

Парадокс христианской этики именно в том, что она всегда пыталась изобретать моральные нормы (кодекс) для общества в целом из деклараций, которые были адресованы индивидуумам или маленьким общинам, чтобы отделить себя от остальной части общества. Это верно в отношении и этики Иисуса и этики Св. Павла. И Иисус и Св. Павел проповедовали этику, изобретенную на короткий временной период прежде, чем Бог, наконец, открыл бы Мессианское царство, и история была бы приведена к ее завершению. Мы не можем, поэтому, ожидать найти в том, что они говорят основу для жизни в дрящемся обществе.<sup>127</sup>

В отношении морали, тогда, некоторые ключевые идеи относительно организованной религии, сейчас называемой Христианством, были фактически сформулированы не Иисусом, а более поздними мыслителями. Некоторые из этих идей были разработаны в четвертом столетии Христианской эры (Н. Э),

<sup>125</sup> Платон. Федон. - С.80.

<sup>126</sup> Матфей 16: 26-28

<sup>127</sup> MacIntyre Alasdair. A Short History of Ethics. New York: Macmillan, 1966. – P. 116.

особенно Августином, осудившим самоубийство как "отвратительную и омерзительную греховность".

Библия не содержит никакого ясного запрещения самоубийства (фактически, она, кажется, освобождает от ответственности самоубийц Саула и Иуду), и Августин основывал его осуждение на шестой заповеди (Исход 20: 13): "Ты не должен убивать". Однако более точный перевод или еврейских или греческих слов был бы: "Ты не должен совершать противоправного убийства" – и в этом переводе, заповедь предлагает намного меньше руководства, потому что встает вопрос, какие убийства являются "противоправными", а какие – нет. (Только несколькими страницами после этих десяти заповедей, в Исходе 23: 23, Бог командует, чтобы Моисей вел израильтян на соседние племена типа Хеттов и не различает между убийством вражеских солдат и убийства гражданских жителей.)

Августин различает между частным убийством и убийством, которое вытекает из приказаний Всевышнего. Частное убийство, или убийство предпринятое "на основании собственной власти", никогда не является правильным; но согласно Августину, не все убийства являются частными. Бог может командовать убийством, и когда дело обстоит так, требуется полное подчинение. Такая команда может принимать две формы: она может исходить непосредственно от Бога (например, когда Бог командует, чтобы Авраам пожертвовал Иссаком) или она может требовать в соответствии со справедливым законом. В любой форме, человек, который совершает убийство, не совершает его на основании его собственной власти, но является лишь "инструментом", мечом в руке Бога, и, таким образом, морально не ответственен.

Эта аргументация лежит в основе допустимости смертной казни и убийства на войне: оба делаются людьми, которые действуют в соответствии с законом. Мирской (практичный) Амвросий уже сказал, что христиане могли убивать на войне, а Августин даже пошел дальше, освобождая от ответственности войну против еретиков. Фредерик Рассел в книге «Справедливая война в Средние века (средневековье)» говорит, что благодаря Августину, "доктрины Нового завета о любви и чистоте были примирены (приспособлены к) с дикостью Ветхого Завета, и пацифизм был побежден"<sup>128</sup>.

Августин, несомненно, не освобождал от ответственности убийство в самообороне, хотя современное Католическое нравственное богословие допускает его для людей, которые не способны к достижению "более высокого пути" самопожертвования.

Одна проблема с взглядом Августина состоит в том, что он не дает никакого объяснения тому, как он знает, что некоторые формы убийства предписаны Богом, а другие формы запрещены. Как мы знаем, что он не считает спорный вопрос решенным, когда он предполагает, что шестая заповедь запрещает самоубийство? В Протестантском христианстве (которое, конечно, возникло намного позже Августина), эта проблема становится даже более

---

<sup>128</sup> Russell F. The Just War in the Middle Ages. – Cambridge, England: Cambridge University Press, 1975.

серьезной (важной), так как толкование Воли Божьей является более индивидуальным процессом.

Может казаться естественным, спросить, имеет ли реальное (фактическое) значение, что Иисус не говорил относительно самоубийства, или что аргумент Августина представляет трудности. Имеет ли какое-нибудь отношение все это к современному христианству? Разве не достаточно знать общий смысл учения Иисуса и взгляда современного христианства относительно самоубийства? Ответ, возможно нет.

Прежде всего, первоначальные (оригинальные) взгляды Иисуса открыты для различных толкований. К тому же, какими бы ни были его первоначальные (оригинальные) взгляды, они должны существенно отличаться от современных христианских доктрин, которые являются сложными и в большой степени изменяются. Кроме того, в свои почти 2000 лет, само христианство стало дезинтегрированным (раздробленным) на различные церкви, вероисповедания и секты; а его доктрины основательно толковались и переистолковывались. Хотя много христианских богословов и церковных руководителей сделали уверенные (самоуверенные) утверждения (притязания), они часто не соглашались друг с другом, и, кажется, нет никакого способа для нас узнать, кто из них – если таковые есть, – возможно, открыл истину.

В отношении прикладной этики, такие проблемы возрастают. Квакеры, меннониты и Амиш, например, всегда отвергали позицию Августина и придерживались первоначальному пацифизму ранней церкви. Каким образом они знают, что Августин ошибался? Сегодня, некоторые благочестивые христиане поддерживают смертную казнь, но отвергают самоубийство. Каким образом они знают, что самоубийство является греховным, а убийство преступника – нет? Некоторые люди, конечно, просто верят, что "Воля Божья" – то, чему их учили. А некоторые к тому же верят, что сомнение в "Воле Божьей" – богохульство, оскорбление Бога. Такой подход, однако, опасен – особенно в биомедицинской этике. Как Пол Бадхам пишет:

Как церковный историк, я превосходно сознаю, как христиане предыдущих столетий неистово обвиняли медицинские практики, которые сегодня никакой христианин не помышляет подвергать сомнению. В течение столетий христиане запрещали предоставление лекарства, врачебную практику хирургии, изучение анатомии, или анатомирование трупов для медицинского исследования. Позже практика сначала инокуляции<sup>129</sup>, а затем вакцинации<sup>130</sup> столкнулась с жестоким теологическим осуждением, как и первоначальное использование хинина против малярии. Введение анестезии, и, прежде всего использование хлороформа при родах, понималось как прямое оспаривание божественного указа, что "в болезни будешь рождать детей" (Бытие 3: 16), и, следовательно, было насильственно осуждено с кафедр проповедниками повсюду в Англии и США"<sup>131</sup>.

<sup>129</sup> Инокуляция – внесение в организм возбудителя болезни или любого другого антигенного материала.

<sup>130</sup> Вакцинация – 1. Иммунизация вирусом коровьей оспы как средство выработки иммунитета против натуральной оспы. 2. Инъекция убитой культуры специфического микроба как средство профилактики или лечения болезни, вызванной этим микроорганизмом.

<sup>131</sup> Badham P. Christian Beliefs and the Ethics of In-Vitro Fertilization and Abortion. In: Bioethics News, vol. 6, no. 2, January 1987, p. 8.



Можно добавить, что биомедицинская этика сегодня сталкивается с проблемами, которые никогда не могли предполагаться людьми, которые написали Библию: открытие генов, определение смерти мозга, отмена (отказ) от передовой медицинской технологии, финансирование медицинского обслуживания, эксперименты на животных. Кроме того, если все имеет цель, тогда, возможно, наша способность критически мыслить существует для некоей цели. Если мы верим в Бога, не является богохульством верить, что нам был дан разум для того, чтобы мы были способны размышлять об этих вопросах и о возможных ответах. Философский подход в биомедицинской этике предполагает, что для тех, кто ищет волю Божью, рассуждение и знание истории совместимы с их поисками.

### 8.1.3. Западные философы.

#### *а. Фома Аквинский.*

Традиционные христианские убеждения относительно всех форм самоубийства были хорошо документированы философом и богословом тринадцатого века Фомой Аквинским (приблизительно 1225-1274), который полагал, что самоубийство является греховным по нескольким причинам; фактически, он считал его наиболее опасным из грехов, потому что оно не оставляло никакого времени для покаяния. Он осудил любое самоубийство (с участием ли или нет) потому что:

- жизнь – дар от Бога и только Бог может взять жизнь назад;
- он также доказывал, что самоубийство наносит ущерб общине, лишая его талантливых людей, и что оно греховно, потому что лишает детей их родителей (оно вредит другим людям);
- наконец, Аквинский утверждал, что самоубийство является противоестественным, противореча инстинкту самосохранения (оно нарушает естественное желание жить).

#### *б. Монтень, Спиноза и Донн.*

Тремя мыслителями, которые, несомненно, оправдывали самоубийство, были французский эссеист Мишель Монтень в шестнадцатом столетии, голландский философ Барух Спиноза и английский поэт Джон Донн в семнадцатом. **Мишель Монтень** (1533-1592) был первым инакомыслящим среди европейских авторов. Он написал 5 эссе, которые коснулись темы самоубийства, доказывая, что самоубийство должно считаться вопросом персонального выбора, и что оно является рациональным выбором при некоторых обстоятельствах. Монтень заключил (сделал вывод) из его эссе "*О том, что философствовать – это значит учиться умирать*", говоря, "если мы научились, как жить должным образом и хладнокровно, мы будем знать, как умереть тем же самым способом"<sup>132</sup>. **Барух Спиноза** (1632-1677) писал, "свободный человек,

<sup>132</sup> Мишель Монтень. О том, что философствовать – это значит учиться умирать. // Монтень М. Опыты. В 3-х кн. Кн.1. – М.: ТЕРРА, 1991. – С. 124-

то есть человек, который живет согласно одному велению разума, не руководствуется страхом смерти"<sup>133</sup>. **Джон Донн** (1572-1631) писал, "когда [смертельная] болезнь не сокрушит нас, [Бог] пошлет второе и худшее бедствие, невежественных и мучающих врачей"<sup>134</sup>.

с. Юм.

В восемнадцатом столетии, шотландский философ **Дэвид Юм** (1711-1776) доказывал, что самоубийство "не является нарушением нашей обязанности перед Богом" и сделал до некоторой степени принижающее замечание, что "жизнь человека не имеет большего значения во вселенной, чем жизнь устрицы".<sup>135</sup> В своем знаменитом "Эссе о самоубийстве", он не согласился с Августином и Аквинским, которые оба считали, что самоубийство нарушает волю Бога. Особенно для умирающих пациентов, Юм был убежден, добровольная смерть – не грех: "дом, который падает под его собственным весом, не приводится к гибели провидением [Бога]".<sup>136</sup> Юм верил, что, если Бог сотворил мир посредством законов причинности – законов физики, медицины и т.д., – тогда болезнь просто выражала естественную работу таких законов.

Юм также критиковал идею, что самоубийство богохульно. Иммануил Кант (чьи взгляды будут обсуждаться ниже) высказал мнение, что мы имеем "местоположение" в жизни, которое установлено (назначено) Богом и от которого мы не должны отказываться; но Юм ответил, "это – своего рода богохульство, чтобы вообразить, что какое-нибудь сотворенное существо может [убивая себя (лишая себя собственной жизни)] нарушить порядок мира. Любое самоубийство является незначимым в деятельности вселенной, и это – богохульство, думать иначе". По Юму, было потаканием своим желаниям думать, что беспрепятственное функционирование мира требовало собственного непрерывного (продолжающегося) существования.

Человек, который уходит из жизни, не делает никакого вреда обществу; он только прекращает делать добро, которое, если он является поврежденным, является самого плохого сорта. Все наши обязательства делать добро обществу, кажется, подразумевают что-то взаимное. Я получаю выгоды от общества, и поэтому должен содействовать его интересам; но когда я сам всецело отказываюсь от общества, могу ли я быть связан больше? Но [даже] допуская, что наши обязательства делать добро были бы бесконечными, они имеют, конечно, некоторые границы. Я не обязан делать малое добро обществу за счет большого вреда для себя: если в таком случае я должен продлить жалкое существование, из-за некоторой необоснованной пользы, которую общество может, возможно, получить от меня?

---

<sup>133</sup> Спиноза Б. Этика // Избранные произведения. В 2 т. Т. 1 – М., 1957.

<sup>134</sup> Цит. по: Pence Gregory E. Classic cases in medical ethics: accounts of the cases that have shaped medical ethics, with philosophical, legal, and historical backgrounds. – 2<sup>nd</sup> ed. – New York etc.: McGraw-Hill, Inc., 1995. – P. 38.

<sup>135</sup> Hume D. On Suicide. In: Collected Essays of David Hume. – Indianapolis, Ind.: Liberty Classics, 1986.

<sup>136</sup> Ibid.

*d. Кант.*

Немецкий философ **Иммануил Кант** (1724-1804) – современник Юма – решительно выступал против самоубийства. Он основывал свою позицию на нескольких аргументах.

Во-первых, для Канта поступок является правильным, если он предусматривается или основан на "максиме" (правиле), которое может быть "унифицировано", то есть на таком правиле, согласно которому мы бы хотели, чтобы все действовали. Кант доказывал, что самоубийство нельзя сделать универсальным (унифицировать), потому что его мотивом является личный интерес (например, избавление от боли); для Канта, личный интерес никогда не может оправдывать поступок. Так как мы не можем сделать универсальной (унифицировать) максиму, что люди могут совершать самоубийство, самоубийство аморально.

Во-вторых, Кант доказывал, что самоубийство аморально, потому что люди должны всегда рассматриваться как "цели в (сами по) себе", никогда в качестве "простых средств". Его аргументация здесь состоит в том, что рассмотрение себя в качестве "цели" влечет за собой осознание (признание) своей собственной доброй воли в качестве безусловной (а не относительной) ценности, но уничтожение себя, совершением самоубийства, означает уничтожение этой свободы воли. "Свобода человека не может существовать, кроме как при условии, которое является неизменным. Это условие состоит в том, что человек не использует свою свободу против себя для его собственного уничтожения"<sup>137</sup>.

В-третьих, Кант утверждал, что человек "который не уважает свою жизнь даже в принципе, не может удержаться (быть ограничен) от наиболее ужасных пороков". Другими словами, если я не уважаю мою собственную жизнь, я не могу действительно уважать кого-нибудь вообще; например, чтобы уважать общий принцип, что жизнь является священной, я должен уважать святость моей собственной жизни.

Наконец, как отмечалось выше, Кант считал, что мы имеем моральную обязанность жить, потому что наши жизни, на самом деле, не находятся в нашем собственном владении: "Люди – стражи (часовые) на земле и не могут оставлять их посты, пока их не освобождает другая благотворная рука. Бог – наш собственник; мы – Его собственность".

*e. Милль.*

**Джон Стюарт Милль** (1806-1873) представил его принцип вреда в трактате «О свободе» (1859), в одном из наиболее известных отрывков в западной политической философии:

[Есть] один очень простой принцип, [который] предназначен для исчерпывающего решения вопроса, касающегося принуждающих и контролирующих полномочий общества по отношению к индивидууму: безразлично, будут ли эти средства

---

<sup>137</sup> Immanuel Kant. On Suicide. In: Kant I. Lectures on Ethics. – New York: Harper and Row, 1963. – P. 148-154.

мерами физического воздействия в виде санкционированных законом наказаний или же мерами нравственного порицания, выражаемыми общественным мнением. Этот принцип состоит в том, что единственной целью, с которой человечество вправе – индивидуально или совместно – вмешиваться в свободу деятельности любого из своих представителей, является самозащита. Предотвращение причинения вреда другим – это единственное оправдание, когда цивилизованное сообщество имеет право применить силу по отношению к любому из своих членов против его воли. Собственное благо индивидуума – как физическое, так и моральное – не является для этого достаточным основанием. Нельзя по праву заставить его что-либо делать или, наоборот, запретить ему это делать потому, что ему так будет лучше, что это принесет ему счастье, что – по мнению других – так будет мудрее и даже законнее. Все это – хорошие предлоги увещевать, уговаривать, убеждать и даже умолять его, но не основание заставлять или наказывать, если он сделает по-иному. Только преднамеренные действия, направленные на причинение кому-либо зла, могут оправдать желание общества остановить индивидуума, их совершающего. Единственной сферой деятельности любого человека, куда правомочно вмешивается общество, есть действия, касающиеся других. В том, что связано лично с ним, его независимость, по праву, абсолютна. В отношении самого себя, своего тела и разума индивидуум – суверенен<sup>138</sup>.

Согласно принципу Милля, в отношении наших собственных жизней и тел, мы можем делать то, что мы желаем, пока другим не причиняется вред. Милль проводил различие между действиями, «*касающимися себя*» и действиями, «*касающимися другого*», и утверждал, что только действия, касающиеся другого, являются объектом моральной критики.

Интересно, что анализ Милля может использоваться как за, так и против самоубийства. С одной стороны, можно привести доводы, что убийство себя является, несомненно, «*касающимся себя*»; фактически, самоубийство часто изображается как сугубо "частная" проблема. С другой стороны, можно также привести доводы, что нельзя совершать самоубийство, потому что самоубийство – действие, «*касающееся другого*».

Кажется, что большинство деяний самоубийства являются «*касающимися другого*» в некотором отношении: когда кто-то совершает самоубийство родители, дети, друзья, коллеги, врачи, студенты и другие могут быть затронутыми. Фактически, так как мотивы самоубийства включают злой умысел и недоброжелательность, самоубийство может умышленно «касаться другой»; оно может быть предназначено, чтобы навредить другим людям, вызывая у них чувство вины, сожаления или некомпетентности. На основе принципа вреда Милля, самоубийство, мотивированное желанием причинить вред кому-то еще, не было бы, очевидно, простительно. Однако не является полностью ясным, как самоубийство, которое неумышленно причинило вред другим, будет оценено. Очень немного наших действий – целиком касаются нас самих (это – основная проблема с принципом Милля), и спорно, что любой, кто рассматривает самоубийство, должен знать это. Как писал Джон Донн, "человек – не остров, весь из себя; каждый человек – часть континента, часть океана".

---

<sup>138</sup> Mill John Stuart. On Liberty. – New York: Appleton-Century-Crofts, 1974.

## 8.2. Классические случаи в этике самоубийства: Элизабет Боувиа и Ларри Макафи.

### 8.2.1. Случай Боувиа.

*а. Пациент: женщина с церебральным параличом<sup>139</sup>.*

В сентябре 1983, Элизабет Боувиа была отвезена ее отцом из штата Орегон в Прибрежную больницу общего профиля в Калифорнии, где она была диагностирована как суицидальная, и ее госпитализировали в психиатрическое отделение в качестве добровольной пациентки. Она заявила, что хотела "только, чтобы ее оставили одну и не беспокоили друзья или семья, или кто-либо еще и, в конце концов, умереть голодной смертью". "Смерть позволяет уйти от всех трудностей", сказала она. "Она делает возможным освободиться от моей инвалидности и душевной борьбы, чтобы жить". Она утверждала, что она уже делала попытку самоубийства, по крайней мере, однажды.

Элизабет Боувиа была 25-летнего возраста, и была почти полностью парализована от церебрального паралича. Она никогда не могла пользоваться ее ногами, хотя она имела некоторый контроль над ее правой рукой (достаточный, чтобы управлять инвалидным креслом с батарейным питанием и курить сигареты), и достаточный контроль над ее мимическими мышцами, чтобы жевать, глотать, и говорить.

Ее жизнь никогда не была простой. После того, как ее родители развелись, когда ей было 5 лет, она жила с ее матерью только до 10 лет, после чего мать поместила ее в детский дом. Следующий отчет исходит от двух врачей:

Когда детям исполняется 18 лет, некоторые из них получают автомобили и подарки. Когда [Элизабет Боувиа] исполнилось 18 лет, ее отец, почтовый инспектор, сказал ей, что он больше не способен заботиться о ней из-за ее недееспособности<sup>140</sup>. Глава психиатрии в Риверсайде говорит, что она затем показала большую энергию и подавала большие надежды. Она собрала необходимую ей государственную помощь и жила в собственной квартире с медсестрой. Хотя она ранее была из средней школы, она закончила ее общую эквивалентную ступень и продолжила, чтобы окончить государственный университет Сан-Диего со степенью бакалавра в 1981. Она даже вошла в магистерскую программу на факультете социальной работы университета, но оставила ее в 1982 из-за разногласий.

... В течение восьми месяцев, она работала как волонтер в программе размещения Сан-Диего, но она никогда не работала за жалованье или заработную плату.

... В течение прошлого года, госпожа Боувиа столкнулась с рядом разрушительных событий. В августе, 1982, она вышла замуж за бывшего осужденного, Ричарда Боувиа, с которым она переписывалась по почте. Вместе они зачали ребенка, но несколькими месяцами позже она перенесла выкидыш (самопроизвольный аборт).

<sup>139</sup> Церебральный паралич – снижение двигательной силы и координации, связанное с повреждением головного мозга.

<sup>140</sup> Недееспособность (судебно-медицинский термин) – утрата навыков и возможности содержать себя.

... Частичная занятость ее мужа не обеспечивала им достаточно дохода, чтобы жить прилично, так что они позвонили ее отцу, прося о помощи. Он отказался им помочь, сказал Ричард Боувиа. Тогда они поехали к сестре Ричарда Боувиа в штат Айова, чтобы просить о помощи. Однако это не могло продолжаться долгое время, и вскоре они вернулись назад в штат Орегон, где Ричард Боувиа все еще не мог найти работу. В этот момент, он отказался от нее, заявляя (согласно заявлениям истца и ответчика в судебном деле), что он "не мог принять ее недееспособность, выкидыш, и непринятие ее родителями".

... Несколькими днями позже, Элизабет Боувиа отправилась в больницу Риверсайда и въехала сама в отделение неотложной хирургии, жалуясь, что она хотела совершить самоубийство.<sup>141</sup>

В дополнение к ее проблемам с ее мужем и отцом, она имела серьезный дегенеративный артрит, который порождал сильную боль даже притом, что она была парализована. Как постоянный житель Калифорнии (она жила в Риверсайде также как в Штате Орегон), она подходила для Medi-Cal, существенное дополнение к Медикейду для нуждающегося человека.

Первым лечащим врачом Элизабет Боувиа, в течение 4 месяцев с сентября до конца декабря, был Дональд Фишер, который руководил отделением психиатрии в больнице Риверсайда. Так как Фишер не желал позволить ей морить себя голодом до смерти, как она намеревалась, он вошел в контакт с Объединением за Американские гражданские свободы (ACLU), а также позвонил репортеру. Ричард Скотт из Беверли Хиллс, который был, и врач и адвокат, взялся защищать ее во имя милосердия.

#### *b. Юридическое сражение: отказ от питания.*

В первом слушании – перед калифорнийским судьей утверждения завещания, Джоном Хьюзом – Фишер свидетельствовал, что он верил, что его пациента, в конечном счете, изменит ее намерение, что он не позволил бы ей морить себя голодом, и что он будет кормить ее насильно в случае необходимости. Он заявил: "суд не может приказать, ни чтобы я стал убийцей, ни вошел в сговор с моим персоналом и служащими, чтобы убить Элизабет". Элизабет Боувиа просила судью Хьюза, чтобы тот запретил больнице кормить ее.

В этом вопросе, дело Боувиа "переросло в общественные дебаты":

Поврежденные люди несли дежурства в больнице, чтобы убедить ее изменить ее намерение. Ушедший муж Боувиа ездил автостопом в Риверсайд из Штата Айова, нанял адвокатов, и требовал, чтобы его назначили ее законным опекуном. Он обвинил ACLU в использовании его жены в качестве «подопытного животного». Она подала на развод. Предложение обозревателя Джека Андерсона увеличить фонды на лечение Боувиа встретило решительный отказ. Ричард Никсон послал письмо Боувиа, чтобы она "продолжала бороться". Была обсуждена встреча с Президентом Рейганом. Два нейрохирурга предложили бесплатную операцию, чтобы помочь ей увеличить использование ее рук.

В декабре 1983, после того, как были завершены заключительные дебаты, судья Хьюз принял решение позволить кормить насильно. Хьюз признал, что

---

<sup>141</sup> Steinbock R., Lo B. The Case of Elizabeth Bouvia: Starvation, Suicide, or Problem Patient? In: Archives of Internal Medicine, vol. 146, January 1986, p. 161.

пациентка была "рациональной", "искренней", и "полностью компетентной". Его решение было основано на возможном воздействии разрешения, чтобы она умерла от истощения, на других: "глубокое влияние на штат врачей, медицинских сестер, и администрацию больницы", также как "разрушительное воздействие на других ... в физическом отношении инвалидов". Хьюз указал, что на его решение оказали влияние адвокаты со стороны инвалидов, которые несли дежурства при горящих свечах у стен больницы Риверсайда, считая, что если бы Элизабет Боувия умерла, другие нетрудоспособные люди выбрали бы то же самое. Это отношение было также выражено адвокатом в Институте права для нетрудоспособных, который утверждал, что Элизабет Боувия символизировала "социальную проблему" нетрудоспособных людей (им общество говорит, что они не могут быть производительными) и сказал, "Она должна учиться жить с достоинством".

Хабиб Бакчус, помощник заведующего отделением терапии в больнице Риверсайда, стал вторым врачом Элизабет Боувия (нуждающиеся пациенты, и пациенты в университетских больницах имеют разных врачей каждый месяц, так как "обслуживающий" врач меняется). Бакчус был также взволнован тем, что разрешение ей умереть подавит других нетрудоспособных людей: "позволить ей умереть, когда у нее нет никакой нужды в том, чтобы умереть, – это опасный прецедент. Пациенты могли бы задаться вопросом, 'я запланирован следующим, которому позволят умереть?'" Судья Хьюз разрешил Бакчусу продолжить принудительное кормление, полагая, что, поскольку у пациентки не было неизлечимой болезни, и она могла жить в течение десятилетий", нет никакого другого разумного выбора".

Элизабет Боувия обжаловала; в то время как она это делала, врачи в Калифорнии обсуждали ее случай. Лоренс Уайт, который позже стал президентом Калифорнской Медицинской Ассоциации, высказал мнение: "наиболее неприятная вещь относительно этого [случая - та], что Первая Поправка к правам госпожи Боувия может ударить по праву медицинской этики кого-либо еще между глаз. ... Отказ принимать воду и пищу – не самоубийство. Обеспечивать уход, в то время как пациент делает это – трудное дело, но я думаю, что она должна иметь право на это. Принуждение ее к тому, чтобы она ела – оскорбление действием". Однако Бакчус упорствовал: "Это очень просто. Врачи, если они допускают ошибку, должны допустить ее на стороне сохранения жизни. Когда она становится пунктом обвинения, незаконная смерть является большим преступлением, чем оскорбление действием".

Тем временем, принудительное кормление, конечно, продолжалось. Сначала, пластмассовая трубка вставлялась в ротовую полость пациентки, но она зажимала ее. После этого, четверо из обслуживающего персонала удерживали ее, в то время как шланг трубки вставлялся через ее носовую полость в ее желудок, и жидкая диета перекачивалась в него.

Элизабет Боувия проиграла ее первое обжалование, изменить решение суда низшей инстанции, и она покинула больницу Риверсайда 7 апреля 1984.

После проигрыша, и в больнице и в зале суда, Элизабет Боувия 7 апреля 1984 года уехала в Мексику в Hospital del Mar at Playeas de Tijuana. Она по-

верила, что персонал поможет ей умереть. Однако скоро она убедилась, что мексиканские врачи и медицинские сестры не больше симпатизировали ее плану, чем врачи и медицинские сестры в Риверсайде, и вскоре возвратилась в Калифорнию. Из-за жестокого принудительного кормления, которое она вытерпела в Риверсайде, она боялась возвращаться туда.

22 сентября 1985 года, Элизабет Боувия поступила в окружной медицинский центр Лос-Анджелеса (больница с самым большим числом больничных коек в Соединенных Штатах), где ей был установлен насос морфина, чтобы контролировать боль, которую вызывало ухудшение артрита. В этой общественной больнице, ее заявление о том, что она будет принимать пищу и жить, было очевидно принято; ей не проводили принудительного питания; и она не требовала общения с другими пациентами.

Спустя 2 месяца, однако, она была перемещена в другую близлежащую общественную больницу (High Desert Hospital). Хотя, несомненно, она также ела добровольно в High Desert, ее врачи решили, что она ела не достаточно и начали ее принудительно кормить. Их объяснением было, что "так как она занимает наше место, она должна присоединиться к тому же самому обслуживанию, которое мы предоставляем любому другому пациенту, госпитализированному здесь, обслуживание, предназначенное улучшать, а не уменьшать возможности выздоровления и реабилитации". Некоторые критики посчитали странным утверждение, что пациент, который "занимает" больничное "место", должен делать то, что больницы диктуют.

Вопрос, действительно ли пациентка ела "достаточно", имеет некоторое значение, потому что скоро она подала прошение о том, чтобы суд остановил принудительное питание. В это время она весила только 70 фунтов. Консультант по питанию констатировал по ее диаграмме клинических данных, что вес 75 или 85 фунтов "мог бы быть желателен", а ее врачи требовали достичь идеального веса от 104 до 114 фунтов. Следует иметь в виду, что из-за ее паралича, ее мышечная масса была незначительной, так что ее идеальный вес тела будет намного ниже, чем нормальное состояние для человека ее роста (5 футов).

В новом слушании, новый судья Уоррен Диринг интерпретировал ее вес, как свидетельство голодания и не как "мотивированный настоящим **правом на личную свободу (right to privacy)**, но желанием прекратить ее жизнь". Диринг считал, что *право на личную свободу* (определенное как "**право быть оставленным в покое**" "**right to be left alone**") не применялось к самоубийству посредством голодания, и что любое лечение, необходимое, чтобы сохранить жизнь, могло быть навязано ей. "Сохранение ее жизни является первостепенным", – сказал он.

Элизабет Боувия обжаловала снова, и Апелляционный суд Калифорнии, вынес решение в ее пользу. Судьи полагали, что она могла отказаться от поддерживающего жизнь медицинского лечения: "желание положить конец жизни – возможно, основное осуществление права на личную свободу". Кроме того, они не нашли "никакого существенного доказательства, чтобы поддержать решение [низшего] суда". Судья Диринг (подобно судье Хьюзу)



принял во внимание факт, что эта пациентка могла жить в течение десятилетий, но апелляционный суд полностью отклонил этот фактор: "Этот суд первой инстанции по ошибке придавал чрезмерное значение количеству времени, возможно, доступного [Элизабет Боувиа], и не был в состоянии придать равный вес и соображению о качестве той жизни; равное, если не более значительное, соображение". Апелляционный суд принял решение:

Этот вопрос [решение Диринга против Боувиа] составляет совершенную парадигму аксиомы: "отсроченное правосудие – отклоненное правосудие". Ее, духовные и эмоциональные, чувства в равной степени имеют право на уважение. Она была подвергнута принудительному вторжению искусственного механизма в ее тело против ее желаний. Она имеет право отказаться от возросшего дегуманизирующего аспекта ее состояния. ... Право отказаться от лечения является базисным и фундаментальным. Оно признано как часть **права на охрану сфер личной жизни (right of privacy)**, защищенного и федеральной конституцией и конституциями штатов. Его осуществление не требует никакого одобрения.

... [Прецедент был установлен, что, когда] доктор производит лечение в отсутствие информированного согласия, имеется обладающее исковой силой оскорбление действием. Очевидное естественное следствие этого принципа – то, что компетентный взрослый пациент имеет юридическое право отказаться от лечения. [Кроме того], если право пациента на самоопределение, что касается его собственного лечения, должно иметь какое-либо значение вообще, оно должно быть высшим в сравнении с интересами больницы и врачей пациента. ... Право компетентного взрослого пациента отказаться от лечения – конституционно гарантируемое право, которое не должно ограничиваться.

... В представлении Элизабет Боувиа, качество ее жизни было уменьшено до уровня безнадежности, бесполезности, unenjoyability, и фрустрации. Она, как пациентка, находясь беспомощно в кровати, неспособная к уходу за собой, может рассматривать ее существование бессмысленным. Ее не должны обвинять в таком заключении.

Обратите внимание особенно на заявление, что право компетентного взрослого пациента отказаться от лечения – конституционно гарантируемое право, которое не должно ограничиваться. В отношении к принудительному кормлению, формулировка решения была самой серьезной:

Мы не верим, что это – политика этого штата, чтобы все и каждая жизнь должны сохраняться против желания пострадавших. Это нелепо, если не чудовищно, для медицинских практикующих врачей, отстаивать их право сохранять жизнь, которую кто-то другой должен жить, или более точно, выносить на протяжении "15 или 20 лет". Мы не можем представить себе, что политика этого штата, навязать такое испытание кому-либо.

Таким образом, Элизабет Боувиа – хилая, маленькая, одинокая, и только способная перемещаться – выиграла замечательную победу для других пациентов. Она вырвала от апелляционного суда первое ясное утверждение (оно предшествовало решению в деле Крузан 5-ю годами) что компетентные, совершеннолетние пациенты имеют конституционное право отказаться от лечения, чтобы умереть.

Последствия.

После своей победы в суде, Элизабет Боувиа не убивала себя. Некоторые заботящиеся люди откликнулись и предложили помочь ей умереть. Эти новые друзья, должно быть, показали ей, что жизнь могла стоить того, чтобы ее жить, и постепенно она изменила ее намерение.

### **8.2.2. Случай Макафи.**

*а. Пациент: Квадриплегический<sup>142</sup> мужчина.*

Ларри Макафи было 29 лет, когда он стал почти полностью парализованным (С-2 квадриплегическим) в результате несчастного случая 5 мая 1985 года. Он был совершеннолетним студентом в Государственном университете Джорджии в Атланте, изучающим машиностроение, и энергичным туристом. В уикэнды, он часто ездил на мотоцикле с другими студентами в горах к северо-западу от Атланты. Его несчастный случай произошел, когда он ехал по грунтовой дороге со скоростью меньше чем 10 миль в час: он вошел в вираж, перелетел через свой мотоцикл, проломил голову, и раздробил два его верхних позвонка у основания шлема.

Ему оставалось пользоваться только его глазами, ртом и головой. Он не мог дышать самостоятельно (мышцы, которые управляют дыханием, были также парализованы) и поэтому нуждался в вентиляторе. Он не имел никакого контроля над его мочевым пузырем или кишечником. Он не мог чувствовать никакого физического наслаждения от любой половой деятельности, хотя он все еще испытывал половое желание. Он никогда не женился; согласно статистике, отдельные люди, кто имеет повреждения спинного мозга подобно его, редко женятся (а те, кто женится во время их травмы, почти всегда расторгают брак позже).

*б. Судебное дело: качество ухода и право умереть.*

В средствах массовой информации, дело Ларри Макафи обычно преподносилось как проблема "права умереть", включающая его собственное восприятие его "качества жизни". Следует отметить, однако, что это восприятие включало его оценку качества его медицинского обслуживания, и что дело также затрагивало проблему ратификации медицинского обслуживания, или, более точно, что происходит, когда обслуживание не нормировано.

Макафи имел 1 миллион \$ страхового полиса на случай болезни, но он оставался больше 1 года в дорогом Шефердском Спинномозговом Центре в Атланте, где среднее пребывание для С-1 – С-4 пациентов было 19 недель; и позже, в его квартире в Атланте, он настаивал на медицинских сестрах, которые были в 3 раза дороже, чем сиделки, обслуживающие хронических больных на дому и выполняющие простейшие медицинские процедуры. После 16

---

<sup>142</sup> Квадриплегический – относящийся к квадриплегии. Квадриплегия – паралич всех четырех конечностей.

месяцев дома, он исчерпал его страховые пособия. Некоторые члены его семьи предложили заботиться о нем, но он сказал, что он не хотел быть финансовым или физическим бременем для них.

В этот момент, он подходил для Медикейда, фонд в каждом штате, который платит за медицинское обслуживание бедных людей. Согласно Эрону Джонсону, уполномоченному Управления Медикейд в Джорджии, Макафи хотел, чтобы Джорджия оплачивала уход за ним в его квартире, и отказался идти в дом инвалидов с медицинским обслуживанием, контролируемый штатом, где его обслуживание будет намного дешевле. Другими словами, он хотел, чтобы его обслуживали за общественный счет, но согласно его собственным пожеланиям.

Очевидно, Ларри Макафи тогда был "свален" в дом инвалидов Aristocrat Veree за пределами Кливленда, Штат Огайо – учреждение, которое предоставляло уход за зависимыми от респиратора С-1 пациентами – с оплатой штатом Джорджия. Чиновники в Aristocrat Veree сказали, что они действовали добросовестно, принимая его на временном, краткосрочном основании, потому что они поняли, что никакая кровать не подходила для него в Джорджии. После 2 лет, когда им стало ясно, что он к ним "свалился", они затолкали его в самолет, направляющийся в Джорджию, запихнули его к отделение неотложной хирургии в Grady Memorial Hospital в Атланте (в соответствии с федеральным законом, пациентам не может быть отклонена госпитализация в отделение неотложной хирургии), и возвратились в Штат Огайо.

Макафи утверждал, что в Aristocrat Veree он был размещен со страдающими слабоумием, сенильными, и пациентами с поврежденным мозгом. Эти пациенты из-за стесненных средств были "складированы" и лишь 1-2 сотрудника наблюдали за 30-40 пациентами. Самый простой способ "хранить на складе" таких пациентов состоял в том, чтобы держать их под сильным воздействием седативных средств. Макафи сказал, что он испытал сильное одиночество и получал недостаточный персональный уход.

После того, как он был возвращен в Атланту в январе 1989 года, Ларри Макафи провел несколько жалких месяцев в отделении интенсивной терапии (ОИТ) Grady Memorial Hospital. Хотя он ненавидел Grady Memorial, никакое другое учреждение в Джорджии не приняло бы его. В течение лета 1989 года, однако, чиновники в Grady Memorial нашли, что пациент (которому было тогда 33 года) будет принят в доме инвалидов Briarcliff в пригороде Бирмингема, Штата Алабама, и он был добровольно перемещен в Бирмингем. (Briarcliff был одним из немногих домов инвалидов в стране, который принимал зависимых от вентилятора пациентов.)

Расс Фин, адвокат недееспособных и директор Injury Control Research Center в Университете Штата Алабама в Бирмингеме, узнал о случае, когда Ларри Макафи позвонил в недельное радио ток-шоу, которое вели Фин и его жена Ди. Согласно Фину, лечение Ларри Макафи по программе Медикейд в штате Огайо, штате Джорджия, и штате Алабама представляет "все, что является неправильным вокруг системы, которая обслуживает [сильно] повре-

жденных людей". Когда он впервые встретился с Ларри Макафи, Фин был потрясен, найдя его лежащим в кровати и смотрящим в потолок. Пациент не имел никакого активируемого голосом телефона и никакого телевизора. Все, что он мог делать, пристально всматриваться «в то, что происходило перед его лицом. С точки зрения качества жизни, это был уничтожающий комментарий в отношении общества с самой продвинутой системой медицинского обслуживания». Репортер, однажды побывавший там, обнаружил, что мочевой катетер Макафи не был связан с емкостью, и моча разливалась по полу. Фин говорит, «Эти учреждения не были приспособлены для ухода за такими пациентами, как Ларри, с трудоемкими потребностями медицинского обслуживания».

Тем летом – 6 годами после того, как федеральный апелляционный суд решил в пользу Элизабет Боувиа – Ларри Макафи решил подать иск в суд, чтобы получить право умереть. Он не хотел, чтобы его отсоединили от вентилятора, так как однажды вентилятор случайно был смещен, и он испытал ужасающее ощущение удушья (фактически, он также имел ощущение удушья в некоторых других случаях). Вместо этого, он разработал устройство, которое позволило бы ему самостоятельно принять смертельные лекарства определенным способом.

7 сентября 1989 года, после 45-минутного слушания в суде Фултонского округа, судья Эдвард Джонсон вынес решение в пользу Ларри Макафи. Джонсон постановил, что врачи Макафи могли прописать лекарства, которые Макафи затем самостоятельно включит, чтобы убить себя. Макафи также мог отсоединить его вентилятор, если он пожелает этого. Особенно, Джонсон записал, тот Макафи имел "право быть свободным от боли во время отсоединения вентилятора". В ходе слушания, все стороны предположили, что решение Макафи приведет к его смерти в пределах нескольких дней; однако, штат Джорджии обжаловал это решение. На прямом обжаловании, Верховный Суд Джорджии утвердил решение Джонсона.

### Последствия.

Ларри Макафи не использовал его устройство, чтобы убить себя. Расс Фин, благодаря его вмешательству и беседам с Ларри, убедил Макафи, что жизнь могла стоить того, чтобы ее жить. Однако, хотя Макафи, возможно, решил жить, его проблемы ухода и поддержки на этом не окончились.

### 8.3. ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ.

#### 8.3.1. Концепция содействия в самоубийстве.

##### а. Определения.

Один вопрос, поднятый случаями Элизабет Боувия и Ларри Макафи, заключается в том, что назвать преднамеренным (умышленным) действием: самоубийство, рациональное самоубийство, содействие в самоубийстве, эвтаназию, добровольную смерть, самоизбавление, или что-нибудь еще. Чтобы помочь разобраться в этой семантической путанице, выделим два пункта.

Во-первых, эвтаназия обычно означает убийство одного человека другим (или другими) по предположительно милосердным причинам. Тогда нельзя сказать, что оба случая в этой главе включают эвтаназию, так как в каждом случае в смерти проявил бы инициативу сам этот человек. Противники самоубийства иногда смешивают его в общую кучу с эвтаназией, но это – семантическое жонглерство, предназначенное, чтобы выиграть аргумент, когда более рациональные средства потерпели неудачу.

Во-вторых, неточно говорить, что неизлечимо больной пациент, который отказывается от медицинского лечения, посредством этого "совершает самоубийство". Правда, дефиниция самоубийства теперь часто расширяется, чтобы включить косвенные способы вызвать собственную смерть. Однако, все еще важно сохранить различие между:

- (1) случаями, где основная болезнь ведет к смерти, и, избирая не делать все возможное, пациент принимает смерть в более ранний срок;
- (2) и случаями, где компетентный совершеннолетний человек без терминальной болезни вызывает свою собственную смерть.

Случай 2 – подходяще называть самоубийством. (Отметим также, что в случае 2 причина, или причины, для самоубийства будет почти неизменно считаться иррациональной некоторым другим человеком, некоторыми другими людьми, или большинством других людей.) *Одна причина*, чтобы сохранить различие между отказом от лечения в терминальной болезни и совершением самоубийства – та, что, если смерть классифицируется как самоубийство, много компаний по страхованию жизни отказываются выплачивать страховые пособия. *Другая причина* – та, что во многих государствах запрещена помощь в самоубийстве. Поэтому суды решают, чаще всего, что отмена лечения терминальной болезни – не самоубийство.

Фактически, проблему в случаях Боувия и Макафи, вероятно, лучше всего описывать как содействие в самоубийстве. И Элизабет Боувия и Ларри Макафи, не имели терминальную болезнь (каждый мог жить другие 20 или 30 лет): следовательно, термин "самоубийство". Они не могли легко убить себя, так что они нуждались в помощи других, особенно в сотрудниках штата врачей: следовательно, термин "содействие".

*б. Аргументы за и против содействия в самоубийстве.*

Определение содействия в самоубийстве не обязательно делает его менее спорным. В обоих случаях, рассмотренных в этой главе, врачи сопротивлялись любой для себя роли в помощи в самоубийстве, и много людей поддержало их.

Противники содействия в самоубийстве подчеркнули, что ни Элизабет Боувиа, ни Ларри Макафи не имели терминальную болезнь (таким образом, ни один из них не удовлетворил бы одному решающему условию аргумента Юма, "дома, падающего под его собственным весом") и что оба из них были молоды. Это подразумевало, что они могли бы возлагать некоторую надежду на медицинский прогресс, если бы они изменили их намерение и решили жить. Они также доказывали, что у них не было реальной необходимости умирать в медицинском учреждении. Долг врачей и больниц успокоить больного и умирающего, не простирается на нетрудоспособных людей, которые не болеют и не умирают; следовательно, такие нетрудоспособные люди не могут требовать "права", чтобы врач и медицинские сестры помогали им убивать себя. Эти критики также указывают на роль медицины, как защиты против смерти, а не катализатора для умирания.

Противники содействия в самоубийстве также утверждали, что Элизабет Боувиа и Ларри Макафи, возможно, в действительности не хотели умирать. Так как они просто не совершили самоубийство тихо, но вместо этого сделали драматичные требования к общественным учреждениям, это внушает, что они, возможно, "разыгрывали" и просили о внимании. В такой ситуации, медицина не может прямо согласиться с выраженным желанием пациента, потому что она не может представлять реальные пожелания пациента. Помогать в самоубийстве каждому обезумевшему или подавленному пациенту, кто приходит в отделение неотложной хирургии и объявляет о своем желании умереть, кажется не благоразумным и намного меньше сострадательным.

Существуют, конечно, также и религиозные аргументы против содействия в самоубийстве. Римско-католическая церковь, например, выступает против "рационального самоубийства"; в 1990 году католический богослов Кевин О'Роурк доказывал, что «рациональное самоубийство» основывается на иллюзии – идее, что люди полностью управляют их жизнями и судьбами.<sup>143</sup> О'Роурк верит, что Бог имеет замысел в отношении каждого человека, и что этот замысел никогда не включает в себя самоубийство.

Защитники коммунитарной этики также выступают против содействия в самоубийстве: они доказывают, что сильно поврежденным людям нельзя просто позволять умереть; скорее, общество должно предоставить гуманные учреждения, где этих людей могут любить. Относительно сообщества, противники содействия в самоубийстве могут также доказывать, что, как общество лечит нетрудоспособных людей (является ли его отношение предубежденным или беспристрастным, какие ресурсы оно желает расходовать, как

<sup>143</sup> O'Rourke Kevin D. Value Conflicts Raised by Physician-Assisted Suicide. In: Linacre Quarterly, vol. 57, no. 3, August 1990, pp. 38-49.

оно намеревается покрыть расходы, и так далее), – не та проблема, которую медицина может разрешить или следует ожидать, что она разрешит.

С другой стороны, сторонники содействия в самоубийстве в случаях, подобным случаям Элизабет Боувия и Ларри Макафи, доказывают, что предоставление такой помощи может, соответственно, быть заключительной частью континуума хорошего медицинского обслуживания. Обычно, оставить пациента нелеченым – заброшенность пациента – считается неэтичным и может быть даже преступлением; и сокращение "континуума" ухода может пониматься как форма заброшенности. Тот факт, что пациент не имеет терминальной болезни, не относится к существу дела, согласно этому аргументу. Реальная проблема состоит в том, действительно ли пациент имеет приемлемое качество жизни, и это – оценочное суждение, которое может быть сделано только самими пациентами. Если врачи, или другие, фактически делают эту оценку, отказываясь помочь в самоубийстве, это может быть самым плохим видом медицинского патернализма.

*с. Замечание о самоубийстве без содействия.*

Иногда спрашивают, почему пациенты типа Элизабет Боувия и Ларри Макафи просто не уходят куда-нибудь и не убивают себя. Один ответ состоит в том, что не просто совершить самоубийство, когда Вы хотите умереть безболезненно и эстетически, и когда Вы должны убедиться, что Вы совершаете то, что Вы намереваетесь. Когда Вы уже больные или недееспособные, самоубийство становится даже более трудным.

Например, рассмотрим попытку самоубийства Роберта Макфарлан, советника по национальной безопасности в правление Рональда Рейгана, во время слушаний дела "Iran-Contra". Макфарлан принял приблизительно тридцать или сорок таблеток по 5-10 миллиграмм Валиума, но он не умер, и некоторые люди сделали вывод, что поэтому он в действительности не хотел убивать себя. В равной степени вероятное объяснение состоит в том, что он действительно не знал, как убить себя; большинство людей не знает этого. В 1985 году врач Роберт Росиер даже не знал, сколько морфина дать его неизлечимо больной жене, чтобы вызвать ее смерть; и если врач не знает, какая надежда остается для остальной части нас?

Является обычным, делать вывод о двойственных мотивах всякий раз, когда самоубийство не удается, но это может быть ошибочным. Врачи отделения неотложной хирургии могут утверждать, что большинство людей не знает, как убить себя. Медицина неотложной хирургии полна историями о причудливых выживаниях (часто родственных юмору висельника). Рука, держащая оружие колеблется долей сантиметра и оставляет потенциального самоубийцу "выжившим из ума зомби". "Прыгуны" остаются в живых после падение с моста, потому что наркотики, которые они приняли, чтобы придать себе храбрость, также расслабляют их мышцы и, таким образом, смягчаются столкновение. Один прыгун – женщина – попадает на припаркованный автомобиль и мало того, что не умирает, но и не теряет даже сознание. Юбка прыгуньи, пожилой женщины, цепляется за балкон, на полпути вниз небо-

скреба; она пробует отогнать пожарника, который добирается до нее по лестнице; он получает медаль, а она получает смирительную рубашку.

Хотя попытки самоубийства подростками увеличились на 300 процентов между 1967 и 1982, только 1 из 50 попыток являлись успешными.<sup>144</sup> Пожилые люди, несомненно, более хорошо осведомлены, хотя даже они преуспевают только в 1 из 3 случаев. Женщины делают попытку самоубийства больше, чем мужчины, но часто менее успешные; это, может быть, потому что мужчины имеют тенденцию использовать сильные средства типа огнестрельного оружия, принимая во внимание, что женщины имеют тенденцию использовать лекарства.

Доступные методы для совершения самоубийства представляют мрачную картину. Для начала, Валиум и другие бензодиазепины, которые заметно фигурируют во многих попытках самоубийства, редко вызывают смерть, когда используется одни, потому что они обычно принимаются в недостаточных количествах. Вместо этого, потенциальный самоубийца просыпается с половиной его показателя интеллекта.

Люди, которые пробуют некоторые другие популярные методы, столь же вероятны, чтобы закончить в отделении неотложной хирургии мертвыми. Отравление окисью углерода (СО) может не сработать, потому что двигатель автомобиля может остановиться или выветрится газ; или СО может быть не достаточной концентрации, чтобы вызвать смерть, так что человек заканчивает в коме. Перерезать запястья в горячей ванне не просто: порезы болезненны и должны быть сделаны очень глубоко и в правильном месте. И при этом этот метод не надежен: во время между бессознательным состоянием и смертью, рука может передвинуться из воды, и кровь может коагулировать (свернуться).

Некоторых людей обнаруживают в процессе совершения самоубийства, особенно тех, кто выбирает метод, который требует несколько часов. Они могут тогда пробуждаться в отделении неотложной хирургии с назогастральной трубкой в горле, в которое перекачивают сироп ипекакуаны (рвотного корня), чтобы стимулировать рвоту; это сопровождается инъекциями физиологического раствора; затем приходит промывание желудка и затем гранулированный активированный уголь, который перекачивают, чтобы впитать остающиеся токсины. Эти процедуры болезненны, грязны, и неприятны для пациентов, которые возвращаются к сознанию, в то время как это происходит.

Люди могут отказаться от некоторых методов, если они хотят пощадить чувства других, или если они хотят, чтобы их нашли в приемлемом состоянии после смерти. Например, передозировка лекарственного средства не только уменьшает дыхание, но также и ослабляет контроль над мочевым пузырем и кишкой. Даже более отвратительны те, кто прыгает со здания, или стреляет себе в голову. Повешение не защищено от неосторожного или неумелого обращения: его трудно сделать правильно, потому что шея может не

---

<sup>144</sup> Hendin H. Suicide in America. In: Miami News, August 30, 1982, p. 131.



сломаться и жертва, дрыгающаяся в агонии, так как ее частично душит, не может умереть. Если оно достигает цели, оно также ослабляет контроль над мочевым пузырем и кишечником.

### **8.3.2. Рациональность и компетентность.**

Одна этическая проблема в этих случаях стала известной благодаря пьесе под названием «Чья это жизнь, так или иначе?», которая была позже экранизирована (Элизабет Боувиа, очевидно, видела киноверсию). Ее герой, Кен Харрисон, подобно Ларри Макафи является квадриплегическим, и хочет умереть. Харрисон предоставляет рациональные объяснения для самоубийства, но психиатр рассуждает, что эти объяснения обесцениваются "очевидным интеллектом" Харрисона. Другими словами, потому что Харрисон интеллектуален и вменяем достаточно, чтобы формулировать убедительные доводы для самоубийства, он слишком интеллектуален, и вменяем, чтобы действительно хотеть умереть. Или, выражаясь другим способом, только в том случае, если бы он был иррационален, Харрисон действительно решит умереть; он мог бы убедить психиатра в его рациональности (здравом рассудке) только приняв решение жить.

В случае Элизабет Боувиа психиатр Нэнси Муллен рассуждала в подобном направлении: Муллен считала, что, так как пациент обращался за самоубийством, она должна быть некомпетентной, чтобы делать медицинские решения относительно ее жизни и перспектив; Муллен сказала, что сама она не могла представить ситуации, где человек мог принимать "компетентное" решение лишиться себя собственной жизни. Карол Гилл, клинический помощник профессора трудотерапии (которая сама пользовалась инвалидным креслом), рассуждала аналогично. Она критиковала ACLU за принятие решения "горсткой медицинских экспертов", что Элизабет Боувиа была компетентной, когда она решила морить себя голодом. Следует отметить, что Гилл не обследовала Элизабет Боувиа перед тем, как делать заключение, что пациентка была некомпетентной.

Муллен, Гилл производили логическую ошибку названную *считать спорный вопрос решенным*. Спорный вопрос является "не требующим доказательств", когда ответ принимается за истинный, а не доказывается. В этих случаях, "спорный вопрос" или точка зрения – является ли решение умереть, а не вести неудовлетворительную жизнь "иррациональным": то есть, свидетельствует ли такое решение об умственной болезни, дезинформации, неправильном рассуждении, или подобном. Просто допускать, что решение умирать является обязательно или всегда иррациональным – а, следовательно, некомпетентным – считать решенным этот спорный вопрос.

Это не значит, конечно, говорить, что решение умирать является обязательно или всегда рациональным. Элизабет Боувиа, например, могла бы фактически страдать от клинической депрессии, и психологические тесты могли бы показать это. Но Муллен и Гилл не основывали их объяснения на этом виде соображения. Они не были врачами Элизабет Боувиа и не были среди

профессионалов, которые лечили ее. Муллен и Гилл реагировали на содержание самого решения, а не на любые психологические факторы, которые они знали непосредственно, и которые могли бы повлиять на то решение. Фактически, три психиатрических профессионала, которые подвергали испытанию Элизабет Боувиа, находили ее компетентной.

В отношении юридических аспектов компетентности, пациент должен считаться психически компетентным, пока не доказано обратное в законном порядке. И никакой пациент не может быть задержан в больнице против его воли, без доказанной в судебном порядке его некомпетентности.

### **8.3.3. Автономия.**

Джон Стюарт Милль (в своем сочинении «О свободе») применил его *принцип вреда*, чтобы определить границы частных или "преследующих собственные интересы" действий. Милль считал, что, поскольку такие действия затрагиваются, индивидуум должен быть автономным. Он также полагал, что источник ценностей – индивидуальные переживания и выборы (другими словами, ценности не навязываются государством). И, следовательно, государство не должно иметь власти, принуждать индивидуума действовать для общественного блага, или даже в его собственных наилучших интересах. В сущности, Милль понимал индивидуальные права как условия, которые задают границы того, что государство может делать в отношении граждан.

В период раннего развития биомедицинской этики, концепция индивидуальной автономии стала самой важной в движении за "права пациентов". Согласно принципу автономии, в применении к праву умереть, человек, в отношении которого не была доказана его некомпетентность, имеет право принять решение относительно того, когда закончится его собственная жизнь. Ясно, применение принципа автономии могло бы вести к плохим результатам в некоторых специфических случаях; его общее применение, однако, может вести к "наибольшему благу для наибольшего числа" пациентов, которые хотят умереть. Если принцип не распространять на таких пациентов, их могут "принуждать жить" в больницах; и можно доказать, что имеет место небольшое различие между этим результатом и принудительной госпитализацией компетентных людей в психиатрических отделениях – практика, которая была широко распространена, к сожалению, в еще недавней нашей истории.

Применение принципа автономии в случае Элизабет Боувиа, например, подсказало бы, что ключевым вопросом был не вопрос, была ли она очевидно "компетентной" или "некомпетентной". Вместо этого, вопрос состоял в том, имела ли любая возможность для сомнения относительно ее некомпетентности; если бы имела место возможность для сомнения, она имела бы право на автономию, и, таким образом, она сама, а не кто-либо другой, могла обуславливать решение умереть.

Не все, однако, согласились бы, что принцип автономии решает случай, подобный случаю Элизабет Боувиа. С одной стороны, некоторые обозревате-

ли сочли ее неустойчивой (даже если имелась возможность для сомнения в том, что она была фактически "некомпетентной"), и чувствовали, что содействие в самоубийстве в ее случае, поэтому установит опасный прецедент. Эти критики видели что-то странное в ее случае: она, казалось, хотела убить себя только в больнице и не воспользовалась удобным случаем умереть вне больницы, наедине; и это, казалось бы, свидетельствовало, что, в конце концов, имела место некоторая психиатрическая проблема. Другая критика, связанная с концепцией автономии, состоит в том, действительно ли она может искренне быть применимой к сильно поврежденным людям. Но это уже следующая проблема.

#### **8.3.4. Социальное предубеждение и физическая инвалидность.**

Пол Лонгмор, который сам является зависимым от вентилятора квадриплегическим, выступает против добровольной смерти среди сильно поврежденных людей. Лонгмор убежден, что дело Боувиа показывает, как предубежденная система уничтожает независимость инвалидов, оставляя их в положении, где их так называемые "автономные" решения умереть, являются фактически поддельными.

Создавая невыносимые условия для инвалидов, считает Лонгмор, общество загоняет их в угол. У таких пациентов остается только одно решение, которое может быть совместимым с их автономной прежней собственной личностью: они могут принимать решение умереть. Любое другое решение сделано за них другими, кто оставляет их пассивными и зависимыми. Словами Лонгмора:

При данном смешивании в общую кучу инвалидов с теми, кто является неизлечимо больным, неясности добровольного содействия в самоубийстве и принудительного убийства из "милосердия", и репрессивных условиях социальной девальвации и изоляции, блокированных благоприятных возможностях, лишении экономических прав, и усилении социальной беспомощности, рассуждения об их "рациональном" или "добровольном" самоубийстве – просто Орвеллианский бюрократический жаргон. Адвокаты содействия в самоубийстве предполагают несуществующую автономию. Они предлагают иллюзорное самоопределение.<sup>145</sup>

Лонгмор доказывает, что в обществе иного типа или в больничной системе другого вида, в которых инвалидам была предоставлена независимость, и их автономия была максимально развернута, будет менее вероятным, что инвалиды будут выбирать смерть. Молодые нетрудоспособные люди тогда, в особенности не делали бы такой выбор.

Некоторые критики автономии видят дело Элизабет Боувиа как отказ со стороны общества: отсутствие заботы, ситуация, в которой пациент "проскальзывает сквозь трещины" безличной системы. Эти критики видят Элизабет Боувиа как трагическую фигуру, прежде всего не из-за ее физического

---

<sup>145</sup> Longmore P. Elizabeth Bouvia, Assisted Suicide, and Social Prejudice. In: Issues in Law and Medicine, vol. 2, no. 2, Fall 1987, p. 156.

состояния, а скорее из-за ее социальной ситуации: даже будучи госпитализированной пациенткой, она осталась одинокой, и именно ее одиночество лежит в основе жестокого отстаивания ею права вырвать себя из жизни.

Согласно этому анализу, видеть в Элизабет Боувиа просто дело "права умереть", значило бы упустить суть намного большей проблемы. То, что заставило Элизабет Боувиа желать умереть, было кумулятивное действие столетий предубеждения против людей, являющихся физическими инвалидами – предубеждение, которое ядовито выражено в современном обществе, которое идеализирует молодость, красоту, секс, атлетизм, пригодность и богатство. Однако они – не единственные ценности, которые делают жизнь заслуживающей внимания, но наша культура испытывает недостаток любого достаточно сильного выражения многих других ценностей, как, например, забота о других, эрудиция, творческий потенциал и сообщество.

Случай Ларри Макафи также поднимает проблему социального предубеждения, хотя в его случае эта проблема, возможно, несколько замутнена его собственной личностью. Действительно ли он был требовательным, испорченным пациентом, как некоторые люди изображали его, или действительно ли он был героической личностью, которая предпочла бы умереть, чем жить в институциональной нищете публично финансируемых домов инвалидов?

Расс Фин, который вмешался в судьбу Макафи, ясно чувствует, что желание Ларри Макафи умереть было главным образом результатом недостаточного физического и психологического ухода. Общественные чиновники пробовали управлять затратами, которые требовали пациенты подобно Ларри Макафи, чтобы жить в наиболее рентабельных учреждениях, но Макафи сказал, что, если он не мог бы получить собственную квартиру, он предпочел бы умереть. Согласно Фину, Макафи "был осведомлен относительно плохого ухода за больными, который был правилом, а не исключением, в этих крайне стесненных в средствах учреждениях здравоохранения, чтобы согласиться на эти условия". Однажды, Фин принес Макафи обед Благодарения и оба смотрели, передаваемую по телевидению футбольную игру, ожидая семью Макафи. Фин дремал в кресле, когда он внезапно почувствовал, что Макафи прекратил дышать. К этому времени пришла семья, медицинские сестры и сиделки столпились над Макафи, пробуя вернуть его дыхание. Когда к нему, наконец, вернулось дыхание, Фин увидел слезы, струящиеся из его глаз. "Он действительно не хотел, умирать", сделал вывод Фин. "Он был именно испуган".

Следует отметить, что Ларри Макафи, подобно Элизабет Боувиа, хотел работать, но это сделало бы его не имеющим право на большую часть публично финансируемой помощи в жилье или медицинском обслуживании.

Случаи, такие как случаи Боувиа и Макафи, говорят, что общество часто дает сильно инвалидным людям только три ограниченных, мрачных выбора: стать бременем их семьям или друзьям, жить скудно в большом общественном учреждении, или убить себя. Однако, эти три выбора, вовсе не означают единственно возможные выборы, и может, конечно, доказать, что общество должно найти и предложить больше и лучшие выборы.

## ГЛАВА 9. СМЕРТЬ С УЧАСТИЕМ ВРАЧА.

Смерть приходит ко всем нам. Мы надеемся, что когда она придёт, она будет быстрой и позволит нам скончаться без длительного страдания, сохранив нетронутым наше достоинство. Мы также надеемся, что она не навяжет тяготы нашей семье, друзьям, вынуждая их нашим затянувшимся и безнадежным состоянием расплачиваться, и в финансовом отношении и эмоционально. Такие соображения придают эвтаназии сильную притягательность. Не следует ли нам, когда интенсивность страданий и безнадежность слишком тяжело переносить, быть в состоянии перерезать нить жизни? Ответ на этот вопрос является не таким уж лёгким, как может показаться, так как таит в себе ряд сложных моральных проблем.

Эта глава обсуждает проблему, должны ли врачи помочь неизлечимо больным пациентам умереть. Она сосредотачивается на враче Джеке Кеворкяне, который помог в смерти нескольким пациентам со смертельными болезнями или нетерминальными медицинскими состояниями, которые порождали большое страдание.

Термин "смерть с участием врача" несколько неопределен. В этой главе, мы будем использовать его очень широко, чтобы отнести его к почти любому действию со стороны врача, которое помогает пациенту умереть. Такие действия включают предоставление информации, выписывание рецептов для смертельных медикаментов, введение лекарственного средства в смертельных дозировках и просто присутствуя, чтобы действовать, если что-нибудь неожиданное происходит, в то время как пациент убивает себя. Он в некотором смысле тесно связан с содействием в самоубийстве (обсужденное в Главе 8). Основное различие состоит в том, – поскольку эти термины используются в этом тексте, – что содействие в самоубийстве включает пациентов, чье состояние нетерминально, тогда как смерть с участием врача типично включает пациентов, чье состояние терминально. (Как было отмечено в Главе 8, термин "самоубийство" действительно является не подходящим, когда умирающий человек принимает или вызывает более раннюю смерть.)

### 9.1. История вопроса: эвтаназия.

#### *9.1.1. Древняя Греция и Клятва Гиппократата.*

Клятва Гиппократата, которая запрещает врачам убийство, возникла в древней Греции во времена Сократа. Ее часто считают источником медицинской этики, но это общее мнение было оспорено в 1931 Людвигом Эделстейном, ис-

ториком медицины, который изобразил Гиппократом последователем Пифагора.<sup>146</sup> Хотя Пифагора обычно представляют себе математиком – создателем Пифагоровой теоремы –, он был также мистиком, который поклонялся числам как божественным, и полагал, что вся жизнь была священной. Как его последователь, тогда, Гиппократ не был бы представителем большинства греческих врачей. Кроме того, Корпус Гиппократа, или сборник сочинений, не является даже работой одного человека по имени Гиппократ, но был разработан рядом его последователей. Практикующие врачи школы Гиппократа "не обладали юридически признанными профессиональными квалификациями". Поэтому с ними соперничали гимнастические инструкторы, продавцы лекарственных средств, торговцы лекарственными травами, акушерки, маги, и "совершающие обряды очищения".<sup>147</sup>

Также имели место неправильные представления о содержании оригинальной Клятвы Гиппократа. Сегодня, немногие медицинские школы используют первоначальную версию, а в школах, где она используется вообще, много частей ее (особенно языческое проклятие, которое появляется в конце) изменены; к тому же, версия присяги, которую дают при церемонии окончания не обязательно отражает ценности, преподаваемые в той школе. Давайте посмотрим, каким первоначальная присяга фактически делает обещание врачей.

Эта версия включает клятву никогда не помогать умирающим пациентам, которые просят о смерти – и никогда не делать аборт –, но это должно быть понято в историческом контексте. Такие клятвы были включены потому, что Школа Гиппократа, хотела объединить своих членов против конкурирующих исцелителей; так, присяга включает также клятву, чтобы не делать хирургию, и (преподаватели медицинских школ, обратите внимание!) чтобы не назначить плату студентам за обучение их искусству медицины.

Поэтому запрещение против эвтаназии школой Гиппократа отделяет ее членов от большинства других врачей в древней Греции, которые не были оппозиционно настроены в отношении позволения пациентам умереть или даже убийства из милосердия. Действительно, много греческих врачей превосходили других в помощи пациентам умереть безболезненно. Там, кажется, были две причины для такой преобладающей позиции, чтобы пациентам могли бы позволить умереть или оказать помощь в смерти.

- **Первая причина** была *философского характера*: греки считали, что жизнь имела некоторые естественные границы, за пределами которых было безумием пробовать продлевать жизнь. (Концепция *meson*, или естественного предела, пронизывала греческую культуру, особенно архитектуру и театр; делать попытку идти за *meson*, было *hubris* – высокомерием – и приглашением богов вмешаться).

---

<sup>146</sup> Edelstein Ludwig Ancient Medicine: Collected Essays of Ludwig Edelstein. / O. Temkin and L. Temkin, eds. – Baltimore, Md.: Johns Hopkins University Press, 1967.

<sup>147</sup> Lloyd G.E.R. Introduction. In: Hippocratic Writings. / J. Chadwick and W.N. Mann trans. – New York: Penguin, 1978. – P. 13.

• **Вторая причина** была *практическая*: врачи в то время просто не знали очень много; также, они волновались, что их изобличат конкуренты. Следовательно, они часто скорее позволили бы терминальным пациентам умереть в мире, чем пытались излечить их.

Еще, клятва Гиппократов символизирует **древнюю традицию самопожертвования и уважения человеческой жизни**. Она также символизирует **обязательство ставить благополучие пациента выше выгоды врача**. Сегодня, когда слишком много врачей (даже, возможно, "слишком много") кажутся движимыми деньгами, имеют любовные связи с их пациентами, и разглашают конфиденциальные сообщения своих пациентов, представляется мудрым сохранить это символическое обязательство.

### **9.1.2. Нацисты: принудительная "эвтаназия".**

В дебатах о смерти с участием врача часто обращаются к "эвтаназии" в нацистской Германии. Немецкие врачи в течение нацистского периода убили 90,000 пациентов от имени "эвтаназии" из-за предполагаемой умственной или физической "неполноценности" типа умственной отсталости. Родственная программа, так называемое "окончательное решение" проблемы "зачистки" Германии от "низшей в расовом отношении" неарийской расы, сохранялась более секретной в то время. Это была программа, по которой нацисты убили приблизительно 6 миллионов евреев, 600,000 поляков, тысячи цыган и тысячи гомосексуалистов.

Лео Александер, нью-йоркский психиатр, который был наблюдателем в Нюрнбергских судебных разбирательствах, доказывал в 1949, что "эвтаназия" нацистов инвалидов и более поздний нацистский геноцид – убийство без разбора евреев и других – оба могут быть выведены из одного и того же источника. Началом является принятие немецкими врачами идеи, что некоторым людям, потому что их качество жизни плохое, лучше умереть, чем жить. Эта цепь рассуждений – пример *скользящего уклона*. Согласно Александеру, с момента, когда человек, живущий в умственном отношении растительной жизнью (вегетативный), был впервые убит, Германия и немецкая медицина последовали по нисходящей линии, которая закончилась в концлагерях:

Начальной стадией на первых порах была трудно уловимая перемена в акценте в базисной позиции врачей. Она начиналось с одобрения позиции, основной в движении за легализацию эвтаназии, что имеется такая вещь как жизнь, недостойная, чтобы ее прожить. Эта позиция на ее ранних стадиях коснулась лишь сильно и хронически больных. Постепенно, сфера тех, которые должны были быть включены в эту категорию, была увеличена, чтобы охватить социально непродуктивных, идеологически нежелательных, расово нежелательных и, наконец, всех не немцев. Но важно понять, что бесконечно малое вклиниваемое средство воздействия, от которого это целое направление мысли принимало ее стимул, было отношение к неспособному восстановить здоровье больному.<sup>148</sup>

<sup>148</sup> Alexander Leo. Medical Science under Dictatorship. NEJM, vol. 42, July 14, 1949.

В 1986, другой нью-йоркский психиатр, Роберт Джей Лифтон, аргументировал подобным образом, хотя "первым шагом" в анализе Лифтона является другой:

Нацисты оправдывали прямое медицинское убийство при помощи... концепции "жизнь, не достойная жизни", lebensunwertes Leben. Несмотря на то, что эта концепция предшествовала нацистам, она была доведена ими до ее предельной расовой и "медицинской" крайности.

... Из пяти распознаваемых шагов, которыми нацисты довели до конца деструкцию концепции "жизни, не достойной жизни", принудительная стерилизация была первым шагом. Затем последовало убийство "ослабленных" детей в больницах, и затем убийство "ослабленных" совершеннолетних – по большей части отобранных из психиатрических больниц – в центрах, главным образом оснащенных окисью углерода. Те же самые центры убийства затем использовались для убийств "ослабленных" заключенных концентрационных лагерей. Заключительным шагом было массовое убийство, по большей части евреев, непосредственно в лагерях истребления.<sup>149</sup>

Александр и Лифтон часто цитируются людьми, которые оппозиционно настроены в отношении смерти с участием врача, а также некоторыми людьми, которые оппозиционно настроены в отношении "позволения умереть" или содействия в самоубийстве. Эти люди доказывают, что если любому пациенту позволяют умереть или помогают умирать – даже необратимо коматозному пациенту (подобно Карен Квинлан) или страдающему пациенту, который просит о смерти (подобно Элизабет Боувии) –, тогда общество скатится по скользкому уклону и закончит убийством любых пациентов. Многие из этих комментаторов подчеркивают, что в нацистской Германии, именно врачи, особенно профессора в элитных военно-медицинских школах, сделали первый шаг.

Однако не все соглашаются с этим аргументом. Некоторые из тех, кто не соглашается с Александром, например, считают, что немецкая медицина была, очевидно, расистской в начале двадцатого столетия. И что возможные убийства без разбора происходили не в результате трудно уловимого, первоначально незаметного изменения в позициях, а скорее были проявлением также широко распространенного открытого расизма среди населения. Кроме того, независимо оттого, что эти шаги вели к нацистской программе "эвтаназии", может быть доказано, что нацистская программа не имела ничего общего с концепциями подобно концепции смерти с участием (при содействии) врача. В нацистской Германии, термин эвтаназия маскировал злодеяния (в конечном счете, там едва ли даже делались попытки маскировать эти злодеяния). Нацистская "эвтаназия" была убийством: все ее жертвы умерли недобровольно; терминальным пациентам никогда не помогали умереть добровольно.

---

<sup>149</sup> Lifton Robert Jay. The Nazi Doctors. – New York: Basic Books. 1986.



### **9.1.3. Добровольная эвтаназия в Нидерландах.**

Нидерланды были первой страной, которая исключила поддерживаемое врачом самоубийство из числа уголовно наказуемых деяний в послевоенный период. Интересно, что эта страна была оккупирована нацистами во время Второй мировой войны, и голландские врачи в то время активно сопротивлялись нацистским программам убийства.

Декриминализация добровольной эвтаназии началась в 1971, когда мать врача Гиртруды Постмы перенесла мозговое кровоизлияние. Кровоизлияние оставило пожилую женщину частично парализованной, глухой, и с большими нарушениями речи. Чтобы предотвращать падения, ее должны были держать привязанной к креслу в доме инвалидов (частной лечебнице). Согласно Постме, ее мать неоднократно просила о смерти. Наконец, рассказывала Постма, "когда я наблюдала мою мать, человеческую развалину, зависающую в том кресле, я не могла больше это вынести".<sup>150</sup> Постма сначала ввела морфий, чтобы вызвать бессознательное состояние, потом убила свою мать, введя кураре, и затем сообщила властям. Она была признана виновной в убийстве, но ей вынесли только условный приговор.

Двумя годами позже, в 1973, Королевская Голландская Медицинская Ассоциация выработала следующие руководящие принципы, которые были приняты Голландскими обвинителями и которые использовались Голландскими врачами в течение последних двух десятилетий:

1. только врачи могут практиковать добровольную эвтаназию;
2. просьбы должны быть сделаны компетентными пациентами;
3. решения пациентов должны быть недвусмысленными, неоднократными, и хорошо документированными;
4. практикующий врач должен консультироваться с другим врачом;
5. пациент не должен испытывать давление в его решении;
6. пациент должен испытывать невыносимую боль или страдание, без перспективы их устранения;
7. никакие другие меры не могут быть доступны, которые улучшили бы состояние и были бы также приемлемы для пациента.

Заметьте, что эти руководящие принципы явно не позволяют врачу убить вегетативного пациента, типа Карен Квинлан; и они не позволяют врачу убить пациента, который является сильно умственно отсталым (психически неполноценным), даже по просьбе семьи. Обратите внимание также, что состояние пациента не должно быть терминальным. Следует указать, что, технически, и содействие в самоубийстве и убийство из милосердия врачами являются все еще незаконными. За последние прошлые два десятилетия, Нидерланды двигались ближе и ближе к легализации, так фактически и не достигнув ее.

---

<sup>150</sup> Quoted in: Humphrey Derek and Wickett Ann. The Right to Die: Understanding Euthanasia. – New York: Harper and Row, 1988. – P. 172.

По нескольким причинам, **Голландские руководящие принципы не могут быть легко применимыми** в России, большинстве европейских стран и Соединенных Штатах.

- **Первая**, должны быть учтены некоторые характерные особенности Голландского права. Судебные дела в Нидерландах решаются не присяжными, а профессиональными судьями, назначенными на всю жизнь. Пять генеральных прокуроров (генеральных атторнеев), и 200 прокуроров под ними, могут отказаться, преследовать в судебном порядке по их собственной инициативе. Правовая система, таким образом, не уязвима в отношении давления крайних групп или эмоциональных обращений к присяжным заседателям.

- **Вторая – и очень важная – в Нидерландах все имеют бесплатное медицинское обслуживание**, оплаченное большими налогами; таким образом, никакой врач, пациент, или семья не нуждается когда-либо в том, чтобы думать о прекращении жизни, чтобы облегчить финансовое бремя лечения.

- **Третья**, типичный **Голландский пациент имеет врача, делающего домашние визиты**, который имел отношения с ним многие годы, и который может быть является тем, кто фактически выполнит его просьбу о помощи в смерти.

- **Наконец, судебные дела в отношении злоупотребления служебным положением против врачей – редкие**, а большие возмещения ущерба истцам, которые выигрывают такие судебные дела, являются еще более редкими; в результате, **голландские врачи не практикуют "защитную медицину"**.<sup>151</sup>

Больше чем две трети голландцев одобряют эти руководящие принципы, и страна в целом кажется в высшей степени удовлетворенной. Если это была "этическая лаборатория" для эксперимента в смерти с участием врача, то скатывания по скользкому уклону не произошло (по крайней мере, не так сами голландцы видят их общество), и продолжение этих практик в Нидерландах не ставится под сомнение.

За два десятилетия, голландские врачи помогли в смерти от 2,000 до 3,000 тысяч пациентам ежегодно (население Нидерландов составляет 15 миллионов). Смерть с участием врача была принята большинством голландских врачей как случайная обязанность, которые расценивают ее как заключительную часть продолжающегося всю жизнь обслуживания каждого пациента согласно его собственным пожеланиям. Только 4 процента голландских врачей категорически отказались помогать пациентам в смерти. Из пациентов, которые просили смерть с участием врача, большинство было на последних неделях жизни, когда они выражали просьбу. Почти 85 процентов имели рак; остальные были на последних стадиях СПИДа, рассеянного склероза или других терминальных дегенеративных болезней, включающих паралич. Большинство было на шестом десятке, а не на седьмом или восьмом.

---

<sup>151</sup> Диагностические или терапевтические мероприятия, производимые в первую очередь для избежания возможности ошибочных действий врача при лечении больного.

Естественно имела место некоторая вокальная оппозиция, главным образом со стороны людей, которые считают новые практики "падением в варварство". Также имели место более определенные беспокойства. В 1991, Реммелинкская комиссия сообщила, что больше 1,000 смертей за год были ускорены врачами без явного письменного согласия пациента. Согласно исследователям, эти смерти "могут быть в лучшем случае охарактеризованы как имеющие отношение к пациентам, которые были при смерти и, несомненно, мучительно страдающими"; но противники подчеркнули, что в таких случаях подлинные руководящие принципы уже были превышены. В начале 90-ых, несколько случаев смерти с участием врача по психиатрическим причинам также, казалось, превышали руководящие принципы и подняли вопросы относительно того, как далеко голландские врачи пойдут. В одном из этих случаев, женщина в возрасте двадцати лет была убита врачом по ее просьбе после десятилетия чрезвычайно неблагоприятной, не поддающийся контролю анорексии.<sup>152</sup> В другом случае, в мае 1993, врач помог в самоубийстве депрессированной женщине, которая была травмирована смертью ее двух детей и неудачей ее замужества. Оба эти врача были обвинены в убийстве.

Врачи других стран стремятся видеть в голландских методах то, что они хотят видеть. Противники смерти с участием врача убеждены, что Нидерланды "заставили нас заговорить о хроническом прогрессирующем заболевании, которое заразит нас во всех отношениях – к устранению любого, которого считают непригодным". Врач Карлос Гомез обнаружил, что в 26 случаях содействия смерти в Нидерландах, врачи были не в состоянии следовать одному или большему количеству руководящих принципов, однако не последовало никаких юридических последствий.<sup>153</sup> С другой стороны, Артур Каплан, хотя он выступает против смерти с участием врача в Соединенных Штатах, допускает это в Нидерландах, "производит глубокое впечатление, что имеются так немного проблем... Они чувствуют себя удобно с этим. Они не боятся, что доктор убьет их, потому что им не хватает страхования".<sup>154</sup>

#### **9.1.4. «Общество хемлок»<sup>155</sup>.**

«Общество хемлок» было основано в Соединенных Штатах в 1980 Дерекком Хэмфри, бывшим британским журналистом, чтобы помогать людям с терминальной болезнью, умирать безболезненно и с достоинством. Сторонники общества ограничиваются содействием в самоубийстве; они полагают, что законы следует либерализовать только в отношении помощи в смерти людям, которые являются, и компетентными и неизлечимо больными, но не для хронических инвалидов, душевнобольных, или коматозных пациентов.

---

<sup>152</sup> Анорексия – Снижение аппетита, отвращение к пище.

<sup>153</sup> Gomez Carlos. *Regulating Death: Euthanasia and the Case of the Netherlands*. – New York: Macmillan, 1991.

<sup>154</sup> Quoted in: Ubell E. Should Death Be a Patient's Choice? *Parade*, February 9, 1992, p.27.

<sup>155</sup> Hemlock (англ.) – болиголов – растение, из которого изготавливают наркотические вещества и яд.

«Общество хемлок» возможно лучше всего известно по его книгам, которые обычно написаны Дерекком Хэмфри и дают детальные инструкции о том, как покончить с собой быстро и безболезненно. Никакой штат не пытался запретить продажу этих книг, которые конечно находятся под защитой, согласно первой Поправке. Но эта книга запрещена в Англии. В 1991, «Последний выход» Хэмфри неожиданно стал бестселлером, и было продано миллионы экземпляров.

«Общество хемлок» и его публикации стали популярными, потому что много американцев боятся, что их врачи нарушат их пожелания, вынуждая их жить последние дни, месяцы, или даже годы в боли, привязанными к машинам. Писательница и журналистка Шана Александер так высказала свое мнение о смерти в больнице: "когда это происходит, следуя моим пожеланиям, я доверяю моему адвокату больше, чем моему врачу".

### **9.1.5. Хосписное<sup>156</sup> движение.**

В 60-ых, два врача – одна, работающая в Соединенных Штатах, а другая в Англии – положили начало движению, с целью изменить медицину так, чтобы она могла обслуживать специальные потребности умирающих пациентов и их семей. Этими врачами были Элизабет Кюблер-Росс (которая родилась в Швейцарии) и Сесили Саундерс (рожденная в Англии); их программу называют хосписным движением. Некоторые лидеры хосписного движения доказывают, что просьбы о смерти с участием врача возникают только тогда, когда люди не знают, как действует современное хосписное обслуживание.

Кюблер-Росс и Саундерс развернули специальные учреждения, которые не пробовали бороться со смертью или задерживать ее, но просто делая умирание пациентов настолько комфортабельным, насколько возможно. Хоспис пытается дать умирающим пациентам достоинство и максимальный контроль над последними месяцами их жизни. Первоначально, хосписы были самостоятельными специальными учреждениями, но концепция скоро получила развитие, подчеркивая уход, в котором большая часть лечения предоставляется, посещающими на дому медсестрами и врачами, позволяя умирающим пациентам оставаться дома.

В результате работы Кюблер-Росс и Саундерс, врачи сегодня намного больше настроены, чем они были 20 лет назад, к облегчению боли и к психологическим потребностям умирающих пациентов. Медицинское обслуживание на дому, которое включает в себя хосписное обслуживание, является теперь одной из самой быстро развивающихся областей медицины, составляя большой процент от новых работ для медсестер и помощников. В Соединенных Штатах, Медикэр (программа для людей, которым более чем 65) теперь платит за хосписное обслуживание умирающих пациентов.

---

<sup>156</sup> Хоспис – Учреждение, реализующее централизованную программу паллиативной и поддерживающей помощи для умирающих больных и их семей в форме соматического, психологического, социального и духовного попечения.

## 9.2. Доктор Кеворкян и помощь в смерти (содействие в смерти).

В июне 1990, Джанет Адкинс попросила Джека Кеворкяна, ушедшего на пенсию (отставного) патолога<sup>157</sup>, помочь ей умереть.

Джанет Адкинс, которая жила в Штате Орегон, было 54 года. Она любила музыку, спортивные состязания на открытом воздухе, играла в теннис и путешествовала пешком в Гималаях –, но теперь она была в начальных стадиях болезни Альцгеймера.<sup>158</sup> В течение некоторого времени, она стала все больше и больше испытывать фрустрацию<sup>159</sup> из-за увеличивающейся ее неспособностью помнить вещи, и она обнаружила, что она больше не могла читать ноты для ее фортепьяно.

Болезнь Альцгеймера характеризуется разрушительной потерей памяти, происходя в результате необратимой дегенерации невральных (нервных) клеток, и она неизлечима. В среднем, люди с болезнью Альцгеймера живут 10 лет после начала (появления) симптомов; в заключительной фазе, которая может длиться много лет, эти пациенты становятся вегетативными.

Согласно ее мужу, Рону Адкинсу, диагноз болезни Альцгеймера поразил Джанет Адкинс "подобно грому среди ясного неба (бомбе). ... Ее разум был ее жизнью". По настоянию ее семьи, она попробовала ТНА (Tacrine), экспериментальное лекарственное средство. Согласно ее сыну, Нилу, "лекарственное средство не подействовал. В дальнейшем, ее взгляд был установлен. Качество жизни было всем для нее. Она хотела умереть с неповрежденным достоинством". Джанет Адкинс была членом Общества хемлок и твердо верила в право покончить с собой.

Так как в то время содействие в самоубийстве не было криминальным (запрещенным) в Мичигане, где жил Кеворкян, Джанет Адкинс прилетела туда со своим мужем и ее тремя сыновьями. Ее семья испытывала двойственные чувства в отношении ее намерения умереть, и ее муж, надеясь, что она могла бы передумать, купил для нее билет туда и обратно. В конечном счете, однако, вся семья Адкинс поддержала ее решение.

Джек Кеворкян, которому было тогда 63 года, вырос в Понтиаке, штат Мичиган, был сыном армянских иммигрантов и закончил медицинский факультет в 1953. После окончания его резидентуры<sup>160</sup>, он работал с 1969 по 1978 год в Детройте в больнице Сарасоты директором лабораторий. Позже, он работал в других больницах, последний раз в южной Калифорнии в 1982. Когда он вышел на пенсию с больничной работы, он начал жить на свои по-

<sup>157</sup> Патолог – специалист по патологии, работающий преимущественно в лаборатории как консультант клинициста.

<sup>158</sup> Альцгеймера болезнь (немецкий врач, 1864-1915) – органическое слабоумие, возникающее после 50 лет и сопровождающееся альцгеймеровским склерозом, нейрофибриллярной дегенерацией и старческими бляшками.

<sup>159</sup> Фрустрация – состояние психики при невозможности достижения желаемого.

<sup>160</sup> Резидентура – Последипломная больничная подготовка врачей, предусматривающая специализацию в течение одного года интерном и в течение 3-5 лет резидентом.

собия по социальному обеспечению (550 \$ в месяц) и на свои сбережения. Его дом был очень маленьким, 2-х комнатная квартира над магазином торговца цветами в Royal Oak, пригородном городе около Детройта. В течение нескольких лет перед тем, как Джанет Адкинс вошла в контакт с ним в 1990 году, Джек Кеворкян активно публиковал свои взгляды на смерть с участием врача.

Когда Джанет Адкинс приехала в Мичиган, Кеворкян и его две сестры собрали анамнез, расспрашивая Джанет и ее семью в течение 2 часов; это было в субботний полдень 3 июня. Никто из проводивших собеседование, не думал, что Джанет Адкинс была иррациональной, подавленной или амбивалентной в отношении ее решения умереть. Никто из них не думал также, что ей могла бы помочь медицина. Джанет Адкинс и ее семья подписали документы и сделал видеозаписи, чтобы доказать, что они были компетентны и понимали то, что они делали. Затем две семьи пообедали вместе, чтобы лучше друг друга узнать; после этого Джанет Адкинс и ее семья провели ночь, обдумывая дело.

На следующий день, в воскресный полдень 4 июня 1990 года, Джанет Адкинс встретила одну с Кеворкяном и они оба поехали в его покрытом ржавчиной фургоне Фольксвагена 1968 года к общественному парку в северном округе Окленда, штат Мичиган. Кеворкян был не в состоянии найти какое-либо лучшее место, где он мог бы помочь своей пациентке убить себя. Он честно (откровенно) сообщил нескольким клиникам, церквям и бюро похоронных процессий, что он намеревался сделать, и ни одна из них не позволила ему использовать их учреждение. В отчаянии, он выбрал парк и поместил кровать и его устройство самоубийства в фургоне.

Простое устройство в фургоне, которое позволило бы Джанет Адкинс безболезненно убить себя, состояло из трех внутривенных сосудов, которые были подвешены на алюминиевой раме; Кеворкян назвал его «Мерситроном». В парке он присоединил внутривенный катетер к Джанет Адкинс и запустил физиологический раствор для жидкого объема. Затем она приняла и нажала выключатель, который остановил солевой раствор, и выпустил (освободил) тиопентал, мощное седативное средство. Выключатель также завел 6-секундный таймер, который скоро активизировал (активировал) вливание по каплям хлористого калия. Тиопентал ввел Джанет Адкинс в бессознательное состояние, а хлористый калий убил ее приблизительно 1 минутой позже. В сущности, сказал Кеворкян, у Джанет Адкинс был "безболезненный сердечный приступ, когда она находилась в глубоком сне". Весь процесс занял меньше 6 минут.

Ни семья Адкинс ни Кеворкян не ожидали победы гласности (публичности), которая последовала. Кеворкяна за убийство преследовал по суду местный районный прокурор. Однако местный судья отклонил судебное дело, потому что не было никакого закона в штате Мичиган против содействия в самоубийстве, но он также предписал, чтобы Кеворкян не использовал механизм Мерситрон снова. (Так как помощь в самоубийстве не была противозаконной, неясно на каком основании судья издал такое распоряжение.)

Джек Кеворкян начал формировать свои взгляды на эвтаназию, когда в качестве интерна он ухаживал за женщиной средних лет, чье тело было разрушено раком. Затем он стал интересоваться смертью, а также получением пригодных для трансплантации органов от заключенных и умирающих пациентов – намного раньше, чем стало технически выполнимо пересадить органы.

Во время его резидентуры в университетской больнице Мичигана, он порицал расточительство тел осужденных преступников и предложил, чтобы врачи вводили таких заключенных в постоянное бессознательное состояние, а затем использовали бы их тела для опасных медицинских экспериментов. "Он был вынужден уехать, когда [университетские] чиновники услышали о его предложении"; в своей карьере патолога, однако, он никогда не имел жалоб против него со стороны пациентов.

Когда он работал больничным патологом, он предложил, чтобы на поля боя кровь переливали непосредственно от тел мертвых солдат раненым солдатам, находящимся поблизости. Десятилетием прежде, чем он стал известным, он боролся за то, чтобы позволить заключенным камеры смертников стать донорами органов: "Каждый осужденный заключенный мог бы спасти пять, шесть, семь жизней. Они молоды, находятся в хорошей форме. Какое расточительство".

В 1986 он услышал о декриминализации смерти с участием врача в Нидерландах. Вместо того, чтобы просто защищать использование подобных рекомендаций в Соединенных Штатах, он расширил "свое предложение о камерах смертников, включив экспериментирование над добровольными пациентами, которые выбирают эвтаназию" и (под ошибочным впечатлением, что эвтаназия фактически была легализована в Нидерландах), он поехал туда, чтобы претворить в жизнь свое предложение. (Он обнаружил, конечно, что эвтаназия не была узаконена в Нидерландах, и его идеи о разрешении использовать умирающих пациентов в качестве объектов медицинских экспериментов, кажется, не получили там теплый прием.)

Хотя Кеворкян всегда искал способы увеличить доступность объектов для медицинского исследования и органов для трансплантации, он никогда не был медицинским исследователем или хирургом; не был он также когда-либо лечащим врачом. Таким образом, его предложения об объектах исследований и органов для трансплантаций являются, возможно, более абстрактными, чем предложения врачей о пограничных медицинских исследованиях, которые должны наблюдать, как их пациенты умирают из-за их собственной неспособности им помочь.

Фактически, Кеворкян не был сам первоначально заинтересован в сострадательной помощи умирающим людям. Он пишет, что когда он в 1989 году впервые вошел в контакт с пациентом с раком легкого в терминальной стадии, он чувствовал, "это только порядочно и честно, чтобы объяснить мою конечную цель": не помогать пациентам достичь безболезненной, достойной смерти, но убедить терминальных людей вызваться добровольно для «неоценимых экспериментов».

Начиная с 1990, когда он помог в смерти Джанет Адкинс, Кеворкян получает сотни писем в год от людей, чьи страдания имеют поистине библейские размеры. Он боится летать и ненавидит ездить очень далеко, так что его пациенты должны приехать в Royal Oak, пригородный город около Детройта, где он живет. Таким образом, он не помогает любому, кто слишком болен, чтобы путешествовать, и это было источником расстройства (фрустрации) для тех, кто не могут найти способ попасть в Мичиган. Сам он не принимает денег за помощь пациентам; любые денежные пожертвования идут на строительство суицидального центра, "Обиториум".

Много непрофессионалов считают Джека Кеворкяна народным героем, но большинство врачей и многие медицинские этики осудили его. Когда его спрашивают о критике его действий, он отвечает: "почему должен я заботиться, что этики с промытыми мозгами и недумающие врачи говорят?" Не волновался он по поводу нарушения клятвы Гиппократова: он называет врачей, которые придерживаются этих древних идей "лицемерными чурбанами" ("hypocritic oafs").

### **9.3. Этические проблемы.**

#### **9.3.1. Автономия пациентов.**

Одной существенной проблемой в смерти с участием врача является автономия пациентов. Автономия была важной концепцией для Джона Стюарта Милля, который доказывал в сочинении «О свободе», что "над его собственным телом и душой, индивидуум – суверен". Милль полагал, что правительство не должно навязывать индивидуумам свой взгляд на то, когда, и как они должны умереть.

Один способ сформулировать аргумент в пользу автономии пациентов в отношении помощи в смерти состоит в том, чтобы сравнить жизнь человека с бизнесом: если я имею бизнес, который приносит деньги, имеет смысл для меня держать его открытым; но если бы бизнес терял деньги, было бы неблагоразумно с моей стороны ждать до тех пор, пока не осталось вообще никаких денег перед его закрытием. Точно так же неизлечимо больной пациент владеет своим телом и не обязан "оставаться в бизнесе" до самого конца.

#### **9.3.2. Риск ошибки.**

Люди, которые настроены оппозиционно к смерти с участием врача, часто подчеркивают, что почти всегда есть некоторый риск ошибки: то есть пациент, которому помогают умереть, возможно, фактически был способен продолжать жить, по крайней мере, в течение некоторого времени. Другими сло-



вами, имеется опасность слишком скорой смерти и потери ценных месяцев или лет.

Хирург Кристиан Бернад вспоминает молодую женщину с овариальным раком, которая неоднократно просила его безболезненно убить ее морфином.<sup>161</sup> Осведомленный, что ее состояние было терминальным, и, слыша ее крики ночью, Бернад решил, что он должен ей помочь умереть. Когда он вошел в ее палату со шприцем, загруженным морфином, она была спокойна, и он подумал сначала, что она была в слишком сильной боли, чтобы даже кричать. Тогда он понял, что она была в состоянии полусознания, несомненно, вне боли, и в последний момент он изменил свое намерение. На следующее утро женщина почувствовала себя лучше; скоро она была в ремиссии и прожила другие несколько месяцев. Истории подобно этой изобилуют в медицине.

В Нидерландах, некоторые критики рекомендаций к помощи в смерти утверждают, что врачи часто ошибаются относительно того, что является "трудноизлечимым и невыносимым" страданием, а значит, что некоторые врачи приводят пациентов к напрасно преждевременным смертям. В случае Джанет Адкинс, многим людям скорее следовало бы говорить, что врачи не являются безошибочными диагностами, и что пациенты иногда бросают вызов страшному прогнозу.

Давайте сформулируем эту точку зрения по-другому. В биомедицинской этике, многие дискуссии начинаются с фразы, подобно, "если пациент имеет смертельную болезнь...". Отметим слово *если*. В предположительно терминальных болезнях, имеется фактически немного безусловных фактов до самых последних дней пациента. Прежде всего, тогда, насколько "терминальный" (как близко к смерти) пациент фактически – может зависеть от многих факторов, которые не просто определить точно: отношение пациента, отношение семьи, отношение сотрудников персонала, качество и уровень ухода и так далее. Кроме того, верно, что некоторым предположительно смертельным пациентам вполне ошибочно ставили диагноз и они выздоровели благодаря другому лечению. Опасение, что смерть с участием врача допустит ошибку такого рода, существует, чтобы пройти мимо него слишком легко. Как только смерть с участием врача имела место, конечно, она – подобно высшей мере наказания: обжалованию не подлежит.

Следует отметить, что существование риска само по себе не есть решающий аргумент против смерти с участием врача. С одной стороны, принятие решения стало бы невозможным, если мы пробовали избегать всего риска во всех обстоятельствах; другими словами, некоторая степень риска часто неизбежна. Кроме того, альтернативы помощи в смерти также несут некоторый риск: пациент, который просто не делает ничего, а ждет смерти, рискует, например, сильным страданием и лишением достоинства; пациент, который соглашается на лечение рискует, по крайней мере, болью и нежелательными побочными эффектами, а, возможно, бедственным результатом. Жена преж-

---

<sup>161</sup> Barnard Christiaan. One Life. – New York: Macmillan, 1965.

него министра Здравоохранения, просвещения, и социального обеспечения Джанет Адкинс "ждала" и затем провела "последние почти 5 лет ее 14-летней болезни Альцгеймера в частной лечебнице почти как растение". Ее муж написал, что ее смерть в возраст 80 лет "была настоящим отсроченным благословением".

Риск, однако, вызывает несколько вопросов, которые являются важными проблемами в смерти с участием врача:

5. Кто лучше всего подходит, чтобы определить опасность слишком скорой смерти?
6. Какая степень риска является "приемлемой"?
7. Кто должен устанавливать "приемлемость"?
8. Как риск слишком скорой смерти сравнить с рисками, вызванными альтернативными образами действия?

Врачи, не удивительно, убеждены, что они лучше всего компетентны, чтобы определить риск, и они могут быть правильными, поскольку затрагивается статистический риск. Но приемлемый риск является оценочным также как статистическим, и многие пациенты хотят иметь право делать их собственные оценочные суждения о том, что они считают приемлемым или неприемлемым риском. На всем протяжении жизни, принятие рисков является одним из наших наиболее человеческих действий; в конце, решение умереть, а не жить, может рассматриваться, как не более или менее чем продолжение того, что мы делали всё время. Принятие риска помощи в смерти можно представить последней оценкой, которую пациент может сделать; если так, разве это не пациент должен быть, не врач, тем, кто управляет этой последней оценкой?

### **9.3.3. Милосердие.**

Один из наиболее убедительных аргументов для смерти с участием врача – апелляция к милосердию. Созерцание другого человека в неизлечимой боли, воющего подобно раненному животному, может подвигнуть даже наиболее черствого из нас к слезам. Наиболее естественная реакция (добродетель, которую называют состраданием) – необходимо прекратить такое страдание. Мы делаем это для собак, котов или лошадей, так почему мы не можем сделать то же самое для людей? Кроме того, страдание терминальных пациентов не ограничивается их физической болью. Столь же плохо, как боль, что страдание также включает беспомощность, стресс, истощение, ужас, лишение, и другие переживания, которые невозможно даже вообразить.

### **9.3.4. Облегчение боли.**

Одна большая проблема смерти с участием врача имеет отношение к облегчению боли. Во-первых, проблема может производить впечатление фактического спора среди врачей относительно того, является ли полное облегчение грубой, физической боли возможным. Однако, действительная проблема ши-

ре: что подразумевало бы смерть с участием врача, способность, или неспособность, облегчить боль?

Давайте начнем с более узкого вопроса облегчения самой боли. Джоанн Линн, врач и директор хосписа, убежден, что нет никакой нужды пациенту умирать в боли:

[Линн] ухаживал (заботился) за более чем 1,000 пациентами хосписа, и только два из этих пациентов серьезно и неоднократно просили содействие (помощь) врача в активной эвтаназии. Даже эти два пациента не обращались к другим поставщикам медицинской услуги, когда им объяснили, что их просьбы, не могли быть выполненными. Новые пациенты хосписа часто заявляют, что они хотят "покончить с". По номинальному значению, это может казаться просьбой об активной эвтаназии. Однако, эти просьбы часто выражают беспокойство пациента относительно боли, страдания, изоляции и их страхи (опасения) о том, будет ли их умирание продлено технологией. Кроме того, этими просьбами, может быть, пациенты пытаются удостовериться, заботит ли действительно кого-нибудь живет ли он. Встреча такой просьбы с готовым одобрением могла быть губительной для пациента, который толкует ответ как подтверждение его бесполезности. Будущее исследование должно систематически регистрировать число пациентов, которые предпочитают добровольную активную эвтаназию даже в благосклонной обстановке хосписа.<sup>162</sup>

Точно так же врач Сисели Саундерс, которая основала Хоспис Св. Кристофера в Лондоне, говорит, что пациентам там нет нужды страдать от боли. Она дает этим пациентам "Бромптонский коктейль" – сильную смесь морфина, героина, алкоголя, и кокаина. (Обратите внимание, Британские врачи не волнуются о том, они делают неизлечимо больных пациентов "наркоманами".)

С другой стороны, Дерек Хэмфри из Общества хемлок доказывает, что "вообще является установленным, что 10 процентов боли не может контролироваться. Это – много людей". Также является истинным, что не все испытывают боль таким же образом, и состояние, которое было бы приемлемым для некоторых пациентов, могло бы быть невыносимым для других.

Связанным вопросом является, не просто может ли боль, или до какой степени, быть ослаблена, но какой могла бы быть цена, и какие издержки являются приемлемыми. В этом контексте, мы говорим не о финансовых издержках: проблемой является цена благополучия пациента. Сильные наркотики подобно "Бромптонскому коктейлю" поражают сознание и могут доводить пациентов до вегетативного (растительного) состояния в течение их последних месяцев жизни. Другими словами, пациенты должны совершать сделку между сознанием и облегчением боли, и не каждый пациент считает эту сделку приемлемой. Для некоторых пациентов, наличие сознания и способности общаться с их семьями и друзьями является более важным, чем уход от боли. Здесь снова, автономия становится релевантной. Что считать в качестве "пользы" или "вреда" должно определяться в пределах собственной системы ценности каждого пациента, и кто еще кроме самих пациентов может делать суждения относительно этой сделки?

---

<sup>162</sup> Teno Joan, Lynn Joanne. Voluntary Active Euthanasia: The Individual Case and Public Policy, *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 39, 1991, pp. 827-830.

Более широкий вопрос, как отмечалось выше, – какое облегчение боли подразумевается относительно смерти с участием врача. Как мы видели ранее в этой главе, лидеры хосписного движения убеждены, что немногие пациенты просили бы о помощи в смерти, если бы они знали, что уход в хосписе мог содержать их свободными от боли. Однако, адвокаты (защитники) смерти с участием врача доказывают, что боль – только один аспект их страдания и поэтому освобождение пациентов от боли, не обязательно освобождает их от страдания. Боль физическая; страдание – более широкий и более личный предмет.

### **9.3.5. Роль врачей.**

#### *а. Врачи как исцелители.*

Некоторые критики боятся, что смерть с участием врача может создавать опасную новую роль для врачей, которая противоречит их традиционной роли врача как исцелителя. Профессор права и биоэтик Джордж Аннас, со своей стороны, высказал мнение, что Джек Кеворкян находится "на краю безумия" и что было бы очень трудно "найти какого-то другого доктора в стране, кто поддержит" его. Врач Леон Касс сказал о Кеворкяне: "я чувствую самый глубокий стыд за мою профессию, что он должен считаться ее представителем" Артур Каплан свидетельствовал против Кеворкяна в Мичиганском суде как свидетель-эксперт по медицинской этике. Философ Даниил Каллахан, который основал научно-исследовательский институт биоэтики (Хейстингс Центр), сказал, что содействие (помощь) Кеворкяна было:

... Опасным и неправильным делом. Я не могу думать о единственном способе, который оправдывал бы его. [Легализация эвтаназии] добавила бы целую новую четвертую категорию, где частным лицам, в действительности, будет дано право убивать друг друга, чтобы освободить от страдания. Мы не хотим расширить категорию, где можно было бы убивать даже от имени милосердия. Это изменило бы природу медицины и открыло бы путь для злоупотреблений. Мы выигрываем материально без такого закона.<sup>163</sup>

Биоэтик Томас Моравец доказывает, что "пациент имеет право верить что доктор преследует его наилучшие интересы и не имеет разделенной лояльности". Он доказывает, далее, что имеет место отсутствие равновесия (неустойчивость) власти в отношении врач-пациент, и один способ исправления этого состоит в настойчивом требовании (утверждении), чтобы миссия врача была сосредоточенной на исцелении и на сохранении жизни. Однако, Моравец считает спорный вопрос того, что составляет "наилучшие интересы" пациента, решенным; он, кажется, предполагает (допускает), что для каждого пациента, наилучший интерес всегда является "исцеление", но это, конечно, спорный вопрос. Моравец также, кажется, считает решенным другой вопрос: почему мы должны предположить, что запрещение помощи в смерти (содейст-

<sup>163</sup> Цит. по: Pence Gregory E. Classic cases in medical ethics: accounts of the cases that have shaped medical ethics, with philosophical, legal, and historical backgrounds. – 2<sup>nd</sup> ed. – New York etc.: McGraw-Hill, Inc., 1995. – P. 78.

вия в смерти) исправит отсутствие равновесия власти, которое он изображает? Если бы пациент хочет умереть, а врач вынуждает его жить, не увеличилось бы это отсутствие равновесия власти?

Некоторые критики, которые поддерживают Моравец, видят врачей столь же самонадеянными (высокомерными) как и имеющими слишком много контроля над жизнями и смертями их пациентов; они доказывают, что предоставление врачам выбор убивать, значительно увеличило бы их власть. Некоторые врачи сами думают, что медицина как профессия имеет трудность с тем, чтобы не допустить перегибов (крайностей) ее членами, и что она также имела бы затруднение, чтобы предотвращать злоупотребления помощью в смерти. Однако такие возражения, по существу, являются скорее практическими, чем теоретическими: можно привести доводы в ответ что, дав адекватные гарантии, эти соображения не обязательно компрометировали бы (ставили под угрозу бы) роль врачей как исцелителей.

Часть реальных дебатов здесь касается вопроса, "зачем (для чего) существует медицина?" Пациенты отвечают, "чтобы помочь пациентам, когда они просят о помощи". Врачи могут отвечать, "чтобы исцелять". Они могут добавлять, "продвигать идеалы профессии медицины и поддерживать ее профессиональные нормы". Ответы пациентов и врачей могут вести к тем же самым результатам в некоторых случаях, но не во всех. Если одним идеал медицины является священность жизни, например, этот идеал мог бы находиться в противоречии с помощью терминальным (смертельным) пациентам умереть.

### *б. Врачи как адвокаты пациента.*

Почему врачи не "адвокаты пациента"? На чьей стороне они и почему они не на стороне их умирающих пациентов?

Почему медицина не может гарантировать, что пациенты умрут, когда они захотят? Если пациент не может умереть безболезненно, кто виноват? Если врач не содержит (поддерживает, сохраняет) пациента свободным от боли, не есть ли это заброшенность пациента?

Почему так много пациентов боятся поступать в больницу? Почему там нет никакой гарантии непрерывности ухода (обслуживания)? Почему госпитализированные пациенты не верят, что их врачи помогут им «хорошо умереть» ("хорошая смерть")?

Вопросы, подобные этим, возникают (появляются), потому что каждый месяц, кажется, приносит новый случай (судебное дело), в котором врачи аннулируют выраженные пожелания пациента или семьи, и обычно пациент и семья остаются травмированными. Давайте рассмотрим некоторые факторы, вовлеченные в проблему врачей как адвокатов пациента.

В отношении стационарного ухода (обслуживания), например, даже если пациент подписал заранее подготовленное распоряжение (предварительно подготовленную директиву) и назначил доверенное лицо, родственник может оспорить решения пациента. К тому же, администратор страхового риска больницы, а также собственный врач пациента, будут рассчитывать предпри-

нять шаги, чтобы избежать исков, возбужденных членами семьи. Кроме того, член штата медсестер может выступить против решения позволить пациенту умереть. Во многих случаях, самой простой вещью для медицинских профессионалов, которую они сделать, так это предоставить процесс умирания его естественному ходу, даже притом, что это может быть именно то, чего пациент не хотел.

Общественность (широкая публика), конечно, желает, чтобы врачи и больницы меньше волновались бы о судебном процессе и позволяли бы пациенту принимать его собственные решения. В 1990, в голосовании, проводимом «США сегодня», 67 процентов американцев высказало мнение, что неизлечимо больным следует позволить завершать их жизни с помощью врачей в медицинских учреждениях. Большинство людей считает, что, если пациент – компетентный совершеннолетний человек, врач должен делать то, что пациент хочет, независимо от того, каким может быть это желание. Они хотели бы, чтобы врач говорил: "После того, как мы обсудили эти вопросы, я буду точно придерживаться (следовать) ваших пожеланий, даже если я лично не соглашаюсь с вашим решением и даже если один из ваших членов семьи будет угрожать предъявить против меня иск. Моя работа состоит в том, что я должен делать то, что Вы хотите и уважать ваше доверие ко мне и медицинской профессии. Я буду поддерживать Вас свободным от боли, контролируя ее в максимально возможной степени, и если придется, я помогу Вам умереть спокойно, даже если это будет означать применение какого-то активного средства. Даже если я должен идти в суд, даже если я должен бороться с моей собственной больницей и даже если я должен бороться с адвокатами вашей семьи, я буду на вашей стороне".

Эти люди также доказывают, что врачи не обязательно знают лучше всех. Пятнадцать лет назад, почти все врачи были так же основательно оппозиционно настроены в отношении удаления респираторов, как они теперь – против помощи в смерти: медицинская профессия считала, что удаление респиратора поставит под угрозу роль врача и нарушит "медицинскую этику". Несколькими годами позже, профессия сказала то же самое относительно прекращения искусственного питания и гидратации. Могло ли быть, что врачи не понимали, какой должна быть их роль и когда они должны изменить ее?

### **9.3.6. Активная эвтаназия в сравнении с пассивной эвтаназией.**

Глава 7 описывает, как медицинская практика эволюционировала вплоть до позиции, где большинство врачей чувствует этически приемлемым отказ от лечения или его отмену, включая искусственное питание, чтобы ускорить смерть терминального пациента. Однако "умышленное прекращение" жизни умирающего пациента все еще считается неэтичным, и к тому же является, конечно, криминальным (незаконным). Убийство – преступление.

Согласно одному биоэтику, помощь Джека Кеворкяна Джанет Адкинс подняла вопрос "имеет ли место какое-либо ясное различие между содейст-

вием в самоубийстве и активной эвтаназией".<sup>164</sup> В содействии в самоубийстве, как этот термин использовался в этом отрывке, пациент прекращает свою собственную жизнь; в активной эвтаназии, действие врача является непосредственной причиной смерти. Ведущий врач в медицинской этике признался: "я имел случай предоставить пациентке лекарственную терапию от боли, которая, мы оба знали, сократит ее жизнь".<sup>165</sup> Намного ли это отличается от убийства пациента? Большинство врачей теперь уважает просьбу пациента прекратить искусственное питание или гидратацию, но большинство все еще сопротивлялось бы выполнять что-либо, что прямо вызывает смерть пациента. Эта асимметрия допускает глубокое различие между действием, которое прекращало бы лечение (с намерением ускорить смерть) и действием, которое фактически вызывало бы смерть (с тем же самым намерением). Имеется ли действительно какое-либо различие? – или, чтобы сформулировать это другим способом, действительно ли это различие только семантическое?

Философ Джеймс Рейчелс в известной статье в *New England Journal of Medicine* в 1975 году критиковал различие между "активной" и "пассивной" эвтаназией. Рейчелс привел доводы, что это различие, хотя все еще господствующее в современной медицине и праве, не имеет никакой собственной (внутренней) моральной ценности и что оно приводит к решениям относительно смерти, основанным на не относящихся к делу факторах. Логика Рейчелса сокращает два пути: во-первых, позволение вегетативному пациенту умереть является таким же плохим (или хорошим) как его убийство; во-вторых, убийство вегетативного пациента – такое же хорошее (или плохое) как позволение ему умереть. Нет ничего морального или аморального в действии (осуществлении) пассивной или активной эвтаназии самой по себе; скорее, моральность или аморальность определяется мотивами и проистекает в контексте этого действия. Сосредоточение внимания на том, является ли действие "активным" или "пассивным", утверждает он, может создавать путаницу в наших суждениях и приводить нас к мысли, что пассивное "позволение" людям умереть медленно и отвратительно морально превосходит "активное" осуществление быстрой, безболезненной смерти.

Позиция Рейчелса была спорной. Действительно ли умышленная смерть удалением респиратора равносильна (эквивалентна) удушению пациента подушкой? Если пациенту "позволяют умереть", разве пациента не убивает болезнь? Но если кто-нибудь действует прямо, чтобы вызвать смерть, разве не человеческий агент является причиной смерти? Один критик утверждал:

Каково различие между только позволением пациенту умереть и убийством этого пациента? Оно зависит от активности или пассивности? Оно зависит от намерений агента? Я думаю, что ни один из этих факторов не релевантен. Что является

---

<sup>164</sup> Norman Fost, цит. по кн.: Ward M. Experts Consider Legal and Ethical Aspects of Helping Americans Die. In: *Milwaukee Journal (Wisconsin)*, June 7, 1990 (NEWSBANK, microfiche).

<sup>165</sup> Цит. по: Pence Gregory E. *Classic cases in medical ethics: accounts of the cases that have shaped medical ethics, with philosophical, legal, and historical backgrounds.* – 2<sup>nd</sup> ed. – New York etc.: McGraw-Hill, Inc., 1995. – P. 81.

релевантным – это причина смерти. Когда причина смерти – основной процесс болезни, пациенту просто позволяют умереть.<sup>166</sup>

В поддержку Рейчелса можно привести доводы, что практически трудно провести границу между "активным" и "пассивным". В некоторых случаях не действие может считаться "активным"; в качестве примера можно было бы привести не предоставление антибиотиков Карен Квинлан, чтобы лечить от пневмонии, которая проявилась (развилась) у нее в последние недели. Невролог и медицинский этик Рональд Кранфорд не видит никакого большого различия между позволением умереть и убийством, и доказывает, что "большинство медицинских профессионалов как раз ошибаются по этому вопросу". Кранфорд также считает, что если мотивом врача является ослабление страдания в умирающем пациенте, позволительно (допустимо) "убить". Однако это не значит (как иногда боятся), что нет никакого различия между убийством и помощью в смерти (содействием в смерти); как Джин Дейвис доказывает, именно как "изнасилование отличается от занятия любовью, так убийство отличается от содействия в самоубийстве".

### **9.3.7. "Скользкий склон".**

Оппоненты смерти с участием врача иногда приводят доводы, что, если бы она стала правом (предметом) выбора, пациенты чувствовали бы себя вынужденными выбирать ее, так как никто не хочет стать бременем своей семье или обществу. Это беспокойство поднимает проблему возможного скользкого склона в контексте помощи в смерти (содействия в смерти). (Скользкий склон, введенный в Главе 7, также обсужден выше в отношении "эвтаназии" в нацистской Германии.) Аргумент скользкого склона может относиться к предсказанным, губительным последствиям, вытекающих из большой перемены (сдвига) в морали или к цепи рассуждений, которая будет логически вытекать (следовать) из принятия некоторых предпосылок. Когда требуется форма предсказания реальных последствий, аргумент скользкого склона часто является индуктивным, основанным на (хотя не всегда цитированных) реальных (конкретных) свидетельствах. Оба типа аргумента скользкого склона могут быть обнаружены в дебатах о смерти с участием врача.

В 1987 году национальный обозреватель Нат Хентофф – защитник прав недееспособных людей, который выступает против аборта и любого вида эвтаназии или содействия в самоубийстве, – выразил свое беспокойство относительно последствий решения в деле Квинлан.<sup>167</sup> Сторонники смерти с участием врача обычно говорят, что они обращаются к этому выбору только в случае пациентов, которые являются взрослыми, рациональными, умирающими и "добровольными"; но Хентофф подчеркнул, что в 1975 Карен Квинлан не удовлетворяла ни одному из этих критериев. Позже, в 1992 году, он изобразил действия Джека Кеворкяна и декриминализацию смерти с участи-

<sup>166</sup> Brody B. Ethical Questions Raised by the Persistent Vegetative Patient, HCR, vol. 18, no. 1, p.35.

<sup>167</sup> Hentoff N. The Deadly Slippery Slope. In: Village Voice, September 1, 1987.



ем врача в Нидерландах как "безрассудное (опроектированное) обесценивание жизни".<sup>168</sup> Хентофф убежден, что мы теперь находимся на скользком склоне:

Сентябрьский официальный правительственный отчет Реммелинк 1991 года относительно эвтаназии в той стране выявил, что по крайней мере 1040 людей умирают каждый год от недобровольной эвтаназии. Их врачи были так поглощены состраданием, что они решили не тревожить пациентов, спрашивая их мнение по этому вопросу.<sup>169</sup>

Точно так же некоторые голландские журналисты утверждают, что, хотя помощь в смерти началась с неизлечимо больных пациентов, она скоро расширилась до нетерминальных взрослых "добровольных" пациентов – людей, чье качество жизни было разрушено безудержным, большим (тяжким) набуханием (опухоли) от рака или перенесенным рассеянным склерозом.<sup>170</sup> Она также, кажется, расширяется до пациентов, которые не являются совершеннолетними: если дети умирающие, неизлечимые и в большой боли, Голландская королевская медицинская ассоциация признала (допустила), что они имеют право умереть, даже если их родители выступают против этого.

Некоторые люди основывают аргументы скользкого склона на "идеализации" поддерживаемого врачом самоубийства в таких кинофильмах, как «Чья это жизнь, все равно?» и «Случай Дакса» (См. главу 8). Эти люди подчеркивают, что такие сообщения показывают "простые" случаи: не состоящий в браке пациент без семьи, очевидно компетентный и не амбивалентный<sup>171</sup>; никаких усложняющих факторов; сильная, невыносимая боль. В типичных фактических ситуациях, состояние пациента может быть не окончательно "терминальным"; пациент может быть амбивалентным, спутанным или неспособным выразить или даже идентифицировать свои реальные нужды; семья пациента или друзья могут иметь противоречивые мнения; могут существовать финансовые проблемы (например, нет страхования лечения хронического больного в частной лечебнице); боль может не быть "невыносимой". Не имеет ли место скользкий склон от редких "простых" случаев к более неоднозначным? Следует ли позволить врачам в неоднозначных случаях помогать в смерти, без какой-либо оппозиции (возражения) или конфронтации?

Другой аргумент скользкого склона имеет отношение к мотивировке и принуждению. Профессор права Ял Камисар отмечает, что "не все люди добры, понимают и любят. Тем не менее, они будут принимать решения относи-

<sup>168</sup> Hentoff N. Decision on Euthanasia Will Create a Slippery Slope, nationally syndicated column, Newspaper Enterprise Association, October 6, 1992.

<sup>169</sup> Ibid.

<sup>170</sup> Рассеянный склероз – Появление склеротических бляшек в головном и спинном мозге, которые вызывают паралич или парез различной степени выраженности, тремор, нистагм и нарушения речи; симптомы могут варьировать, зависеть от области поражений; появляется, главным образом, в молодом возрасте и характеризуется эксацербациями и ремиссиями.

<sup>171</sup> Амбивалентность – Термин введен Юджином Блейлером, чтобы отразить сосуществование противоречивых импульсов и эмоций, направленных на один и тот же объект. Амбивалентность следует отличать от смешанных чувств по отношению к кому-либо. Она связана с глубинной эмоциональной установкой, где противоречивые отношения имеют общий источник и являются взаимозависимыми, тогда как смешанные чувства могут базироваться на реалистической оценке несовершенной природы объекта. (Райкрофт Ч. Критический словарь психоанализа / Пер. с англ. – СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 1995. – С.6).

тельно пожилых и беспомощных людей. Большое давление может ставить людей в положение, которое заставляло бы их выбирать эвтаназию, когда они в действительности не хотят этого". Норман Фост – педиатр и медицинский этик, который утверждает что в каждом обществе, где поддерживаемое врачом самоубийство было узаконено, оно применялось слишком широко и "ситуация выходила из контроля" – доказывает, что помощь в смерти "дает доктору и пациенту простой выход".

При этом, некоторые люди боятся, что врачи будут испытывать давление со стороны быстро растущих медицинских затрат, побуждаясь к помощи в смерти высокими издержками невыгодных пациентов, главным образом старых и слабых пациентов. Один медицинский историк свидетельствует, что "многие дебаты касаются того, могли ли бы мы контролировать все шаги, которые могли бы принуждать или запугивать пациента". Эти критики обращают внимание (констатируют), что семьям может наноситься финансовый урон стоимостью поддерживающих услуг для умирающего или вегетативного пациента. Они также обращают внимание (констатируют), что сдерживание расходов (затрат) стало движущей силой в любой системе здравоохранения (медицинского обслуживания); мудро ли вводить "управляемое медицинское обслуживание" и в то же самое время (вместе с тем) смерть с участием врача? Наконец, они доказывают, что многое в современной медицинской этике выросло во время экономического преуспевания, и боятся, что тяжелые времена – как, например мировой кризис (депрессия) – могли бы мотивировать (побуждать) отдельные лица и общины, чтобы принимать или требовать эвтаназию во все больших и больших ситуациях. (Действительно, это не разрушающаяся ли экономика была тем, что предвещало возвышение нацистов в Германии?)

### **3. НАЧАЛО ЖИЗНИ.**

#### **ГЛАВА 10. ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ АБОРТА.**

##### **Введение.**

Возможно, нет более спорной и эмоциональной проблемы в биомедицинской этике, чем аборт. Вопрос аборта производит впечатление противостояния интересов плода интересам беременной женщины. Некоторые описывают это противостояние как конфликт между непорочной жизнью и эгоизмом; другие как конфликт между правом и способностью человека управлять своим телом и уступкой этого контроля чужому посягателю.

Рамки конфликта между женщиной и плодом расширились, так как наше знание комплексных и сложных отношений между матерью и развивающимся плодом возросло. Касающиеся здоровья привычки матери в течение беременности могут иметь драматическое действие на здоровье ребенка. Обязана ли мать изменить свое поведение, чтобы максимизировать здоровье ее плода? Например, должна ли она не курить, не пить алкогольные напитки, получать пренатальную помощь и сохранять эмоциональный покой? Если она не делает этого, должна ли медицинская профессия или общество вмешаться ради плода?

Дополнительные проблемы возникают с новым медицинским знанием, которое дает возможность врачам лечить плод непосредственно внутри матки. Уникальность ситуации в медицинской практике заключается в том, что врачи должны пройти сквозь мать, чтобы лечить ее плод; другими словами, они не могут лечить плод, не вторгаясь медицински в мать. Таким образом, чтобы врач мог лечить ее плод, мать должна дать информированное согласие на процедуру, которая не приносит ей непосредственную пользу. Она должна взять на себя риски и трудности хирургии без прямой личной выгоды.

В философской этике любой из этих подходов бесполезен и затеняет и сложность проблемы, и тот факт, что в человеческой жизни не всегда ясно, что правильно и что неправильно. Действительно, в то время как биологическое основание для напряженности между плодом и беременной женщиной

очевидно, многие аспекты противоположности интересов плода и женщины социальны по своему происхождению. В конечном счете, в некоторых ситуациях конфликт между матерью и плодом ставит нас лицом к лицу с трагедией человеческой жизни.

Авансы в пренатальных<sup>172</sup> диагностических методах типа генетического исследования в 60-ых и 70-ых годах сделали возможным проверить плод (а в последнее время эмбрион) на генетические болезни, например, анемию серповидной клетки и другие нарушения, до его рождения. Эти методы, включая амниоцентез и взятие пробы хориальной ворсинки, привели к дебатам о моральности использования медицины для прекращения беременности, основанного на предсказанной неспособности и качестве жизни, с которыми младенец мог бы сталкиваться. Кроме того, пренатальная информация может быть также получена о таких состояниях, как анатомический пол и даже индивидуальности, поднимая дополнительные этические вопросы о праве родителей проектировать своих потомков.

Мы попытаемся упорядочить проблемы и выделить те случаи, для которых, кажется, нет простого ответа, в терминах или персональной этики или этики здравоохранения. Сначала, полезно представить нашу точку зрения на отношение этических вопросов к связанным с ними религиозным и определить границы этических и правовых проблем. Предварительно, мы сосредоточимся на аборте, так как дебаты по абортам имеют эмоциональную историю, которая затенила понимание других конфликтов между матерью и плодом.

### **Этика и религия.**

Проблема аборта серьезно вовлекла в полемику религиозные группы. Религиозные люди строят свою аргументацию на священном писании или некоторых других источниках божественного откровения, а также на философских аргументах, почерпнутых из разума. Эта книга – философская трактовка и не обращается к богословию, основанному на божественном откровении. Мы, тем не менее, будем анализировать аргументы, основанные на разуме, и укажем их силу и слабость. Даже православные и католики, которые неизменно находятся в оппозиции аборту, на протяжении долгой истории дебатов спорят по поводу философского оправдания своей позиции.<sup>173</sup> Действительно, несмотря на их ясную оппозицию аборту, католики до сих пор ведут острые дискуссии о том, когда точно плод имеет права.<sup>174</sup>

---

<sup>172</sup> Пренатальный – предшествующий родам.

<sup>173</sup> Connery John R. Abortion: Development of the Roman Catholic Perspective. – Chicago: Loyola University Press, 1977.

<sup>174</sup> McCormick Richard A. Notes on Moral Theology 1965-1980. – Washington DC: University Press of America.

## ***Право и этика.***

Не все, что является неэтичным – подходящий объект права. Во-первых, право должно касаться, прежде всего, и непосредственно, общественного блага. Оно должно пытаться регулировать поведение людей только тогда, когда это необходимо или очень полезно для общественного блага или когда необходимо защитить права индивидуума в обществе. Во-вторых, право не должно становиться слишком далеким от общественной совести, чтобы это не приводило к презрению к закону. На этом настаивал даже такой традиционный мыслитель как Фома Аквинский. Он же предостерегал против создания законов, которые нельзя привести в исполнение.

Учитывая эти пределы, право чрезвычайно полезно и даже необходимо для определения и уточнения неоднозначных моральных и социальных проблем. Спецификации, конечно, должны соответствовать базисным этическим принципам и согласию общества.

По необходимости, любое обсуждение аборта должно включать вопросы, имеет ли плод права и должны ли быть эти права защищены в соответствии с законом. Даже если плод имеет права, сомнение все еще остается относительно благоразумия законов о данном предмете, учитывая трудность их осуществления и неустановившееся состояние общественной совести. Можно заключать, что аборт неэтичен и безнравственен, и все еще придерживаться мнения, что, может быть, неблагоприятно издавать законы о данном спорном вопросе.

## **10.1. ИСТОРИЯ ВОПРОСА: ПЕРСПЕКТИВЫ ПО АБОРТУ.**

### ***10.1.1. Краткий исторический обзор.***

Многие христиане и иудеи верят, что Библия или Тора запрещают аборт. В этом отношении, однако, британский профессор истории церкви Пол Бадхам утверждает:

Библия, конечно, учит ценности человеческой жизни, и запрещает убийство любого человека (Псалом 8). Но жизнь, в библейских терминах, начинается только, когда "дыхание жизни" входит в ноздри, и человек становится "живым существом" (Бытие 2: 7). ... Поэтому в библейских терминах плод – не человек. Это следует ясно из законов, имеющих отношение к убийству. Поскольку, хотя Десять Заповедей в Исходе и заявляют ясно, "Вы не должны убивать", текст продолжается, в следующей главе, различием между порождением смерти взрослого человека и порождения смерти (еще) не рожденного человеческого плода. Ибо, тогда как "кто ударит человека так, что он умрет, да будет предан смерти" (Исход 21: 12), "... Если дерутся люди, и ударят беременную женщину, и она выкинет, но не будет *другого* вреда, то взять с виновного пеню" (Исход 21: 22). Нет указания в законе Ветхого Завета, какое находится в сопоставимом Ассирийском законе, что "он, кто ударил ее, возместит плод жизнью". Действительно, библейский текст не считает даже лишение ее плода в качестве порождения женщине "вреда", так как

продолжает точно определять, что должно произойти, "если последует какой-либо вред". Ни в каком смысле не обсуждается взгляд, что сам плод мог бы иметь права. И это отсутствие интереса к плоду также подразумевается наложением смертного приговора на женщин, которые зачали вне брака, не придавая какого-либо значения обстоятельству, что это убило бы, и плод и женщину (Второзаконие 22: 21, Левит 21: 9, Бытие 38: 24).

... Обращаясь к проблеме аборта как таковой, я несколько озадачен тем, что библейские фундаменталисты, которые выступают против аборта так сильно, должны были так мало обращать внимание на молчание Библии по этой проблеме. ... Является ли это молчание существенным или нет, следовало бы считаться с фактом, что каких бы взглядов ни придерживаются еще многие относительно аборта, никакая прямая апелляция к учению Библии не возможна, так как Библия просто не обсуждает его.<sup>175</sup>

Кроме того, Иисус не выступает против аборта где-нибудь в Новом Завете.

Если аборт не осуждается в Ветхом Завете или в Евангелии, почему так много христиан, в частности, стали верить, что он аморален? Ответ на этот вопрос можно давать по историческим стадиям, сосредотачиваясь на Католической церкви в качестве примера.

Ветхий Завет принял свою окончательную форму в течение пятого столетия до нашей, или христианской, эры, а Новый Завет около 200 года нашей эры – время, когда Христианство стало существовать как организованная религия. Как формальная, организованная религия, Христианство всегда выступало против аборта, но его взгляд на то, что составляет "аборт", существенно изменился за почти 2000 лет его существования.

К четвертому столетию н. э., Христианское учение о поле было в кризисе. Целибат был христианским идеалом; но было две проблемы с этим идеалом. С одной стороны, Христианство вымерло бы, если бы слишком много христиан приняли целибат чересчур серьезно. С другой стороны, как практический вопрос пожизненный целибат был невозможен для большинства людей. Поэтому Августин пересмотрел Христианское учение, чтобы позволить половой акт в браке, но только тогда, когда намерением было иметь детей.<sup>176</sup> Это следует из доктрины Августина, что аборт должен быть греховен, потому что он мешает исполнению единственной допустимой цели полового сношения.

В двенадцатом столетии, Христианская доктрина начала отделять аборт от убийства, проводя различие между "сформированными" и "несформированными" эмбрионами – концепция, которая имела отношение скорее к душе, чем к физическому развитию. В тринадцатом столетии, Фома Аквинский считал, что Бог "вдыхал душу" мужским эмбрионам на 40-ой день беременности, а женским эмбрионам на 90-ый день. Производство аборта мужского эмбриона на 40-ой день было, таким образом, наказуемо более строго, чем производство аборта женского эмбриона того же самого возраста, так как мужчина был "сформирован" к тому времени, а женщина все еще "несфор-

<sup>175</sup> Badham P. Christian Belief and the Ethics of In Vitro Fertilization. In: Bioethics News, vol. 6, no. 2, January 1987, p. 10.

<sup>176</sup> Johnson P. A History of Christianity. – New York: Atheneum, 1983. – Ch. 3.

мированной". Хотя любой аборт в любое время считался греховным, штрафы (покаяние, и т.д.) увеличивались, когда плод был "сформированным".

В продолжение девятнадцатого столетия, наука и религия начали находиться в противоречии во многих областях, и научные данные стали дискредитировать томистскую концепцию «одушевления». В 1870 году, Римский папа Пий IX реагировал на общий конфликт между религией и наукой, созвав I Ватиканский собор, который объявил, что его указы и указы будущих римских пап будут впредь "непогрешимы". Значение непогрешимости папы было неясно в то время, и все еще обсуждается католическими богословами сегодня, но общая реакция Католической церкви была очевидна: она двигалась к вере, отдаляясь от целей науки. Поскольку церковь отдалялась от науки в период приблизительно с 1869 года по 1900 год, она поддержала богослужение Марии (которым прежде пренебрегала), поддержала "креационизм" против геологических объяснений происхождения вселенной, придала особое значение чудесам (чудо Фатимы было признано вскоре после I Ватиканского собора), и энергично критиковала дарвинизм.

Начиная с середины девятнадцатого столетия, затем, римские папы осуждали аборт во все более и более абсолютистских терминах. В это время, Католицизм сближается с учением о том, что индивидуальность начинается в момент оплодотворения; взгляд, получивший название «*непосредственное оживление*». В более раннюю эпоху, как мы видели, церковь проводила различие между "сформированным" и "несформированным" плодами, но Пий IX, по существу, не проводил никакого различия: запрещение было тем же самым почти для любой женщины, при любом виде аборта. Это официальное католическое осуждение аборта продолжалось в течение двадцатого столетия.

Однако католическая доктрина «*двойного эффекта*» разрешила два исключения: аборт допустим в случаях эктопической беременности (при которой эмбрион растет в маточной трубе) и утробном раке (в котором матка и плод должны быть удалены вместе). Согласно доктрине «двойного эффекта», действие, которое будет приводить и к хорошему и плохому результату, является морально допустимым при наличии четырех условий.<sup>177</sup> Согласно этой доктрине, исключения к общему запрещению аборта были сделаны для эктопической беременности и утробного рака, потому что в обоих случаях цель аборта состояла в том, чтобы спасти жизнь матери. Так, в «Хартии работников здравоохранения» утверждается:

Когда аборт происходит как предвиденное, но не поставленное в качестве цели и нежелаемое, но просто как допускаемое следствие неизбежного терапевтического акта ради здоровья матери, это является нравственно законным. Этот аборт является косвенным последствием акта, самого по себе не вызывающего аборт.<sup>178</sup>

Исторически правовые ограничения на аборт были гораздо более снисходительными, чем католическая доктрина. В течение семнадцатого столетия

<sup>177</sup> См. главу 2, с. 51.

<sup>178</sup> Хартия работников здравоохранения. – Ватикан – Москва: Папский совет по апостольству для работников здравоохранения, 1996. – С. 119.

европейское общее право не считало абортирование подлежащим судебному преследованию правонарушением даже плода "с признаками шевеления". В 1803 году английский законодательный акт квалифицировал аборт плода «с признаками шевеления» преступлением, наказуемым смертной казнью; однако он продолжал использовать "первые признаки шевеления плода" в качестве точки деления и налагал меньшие штрафы на аборт до первых признаков шевеления плода. С семнадцатого по девятнадцатое столетия американское право придерживалось английского общего права: аборт перед первыми признаками шевеления плода был бы только проступком или мог бы быть даже законным, если он был сделан по медицинским показаниям по рекомендации двух врачей. В 1973 году в деле «Роу против Уэйда» Верховный суд Соединенных Штатов пересмотрел правовую основу аборта.

В России аборт традиционно был запрещен. В 1649 году для всех, кто совершал это "преступление", была введена смертная казнь. Позднее в XVIII веке это наказание было отменено, однако уголовный кодекс предусматривал лишение гражданских прав и тюремное заключение от 4 до 6 лет и для лиц, производивших операцию, и для пациентки.<sup>179</sup>

### **10.1.2. Современные события.**

После "Abortion Act" от 17 октября 1967 года в Великобритании и известного решения Верховного суда Соединенных Штатов Америки в деле "Роу против Уэйда" от 22 января 1973 года большинство западных стран легализовали искусственное прерывание беременности.

В 1920 году в России искусственный аборт был легализован, при этом новый закон полностью исключал какое-либо наказание за производство аборта как для врача, так и для женщины. Он производился совершенно бесплатно в больничных условиях дипломированным врачом.

Таким образом, в России впервые в мире был легализован искусственный аборт, производимый по желанию женщины, что имело глубокие и далеко идущие последствия. Население страны приспособилось к использованию как легального, так и подпольного аборта, так как они были наиболее простыми, эффективными и доступными методами контроля рождаемости, а вся система здравоохранения была приспособлена к технологии аборта.

В начале 30-х годов доступ к производству аборта стал сужаться, а в 1936 году было принято постановление о запрещении искусственного аборта с целью повышения численности населения. В результате принятия нового закона число легальных абортов, производимых, как правило, по медицинским показаниям, резко снизилось, а криминальные почти полностью вытеснили легальные. Через 16 лет было вновь разрешено производить искусственное прерывание беременности в медицинском учреждении в течение 12 недель

---

<sup>179</sup> Попов А.А. Краткая история аборта и демографической политики в России. // Планирование семьи в Европе. – М., 1994. – С. 5-7.



беременности, но при условии, что с момента предыдущего аборта прошло не менее 6 мес.

В 60-70-е годы в стране были сделаны первые попытки вытеснить аборт эффективной контрацепцией. В 1962 году был издан приказ о борьбе с абортами, однако в 1974 году было разослано инструктивное письмо "О побочных эффектах и осложнениях при применении оральных контрацептивов", которое фактически запрещало использование гормональных таблеток с целью контрацепции.<sup>180</sup>

Вследствие частых изменений в указах об абортах, чрезвычайно характерным для России стало психологическое сопротивление всего общества попыткам перейти от практики планирования семьи, основанной на искусственном прерывании беременности, к предупреждению нежеланной беременности. Кроме того, в результате плохой информированности населения о контрацептивах, недостаточного обеспечения ими Россия занимает второе (после Румынии) место по частоте аборт.

В европейских странах, за исключением трех (Ирландская Республика, Северная Ирландия, Мальта), искусственный аборт также юридически разрешен. В государствах Скандинавии, Германии, Франции, например, разрешается производить искусственный аборт по широким показаниям. В Польше, Португалии, Испании, Швейцарии аборт разрешается по строго определенным показаниям, таким, как угроза для психического и физического состояния, дефекты плода, юридические основания. Критерии, по которым может быть разрешен аборт при беременности свыше 12 недель, являются существенно более строгими, и, например, во Франции, Австрии, Бельгии очень трудно добиться разрешения на такой аборт. Кроме того, в некоторых государствах законы об аборте предусматривают определенный промежуток времени между обращением по поводу аборта и его проведением. В Бельгии это 5 дней, во Франции и Италии "период вынужденного ожидания" составляет 7 дней.

Однако в течение последнего десятилетия наблюдается тенденция к либерализации законов об аборте.

В деле «Роу против Уэйда», Верховный суд Соединенных Штатов ответил, по крайней мере, временно, на некоторые конституционные и юридические вопросы относительно законности аборта в Соединенных Штатах. Он совершенно ясно объявил себя неспособным к решению этой этической проблемы.

Во-первых, Верховный Суд решил, что плод не имеет прав в смысле четырнадцатой Поправки; то есть, "плод не является юридической личностью, защищенной Конституцией Соединенных Штатов" и не имеет права на защиту законного порядка. Кроме того, Суд не пытался улаживать вопрос о том, имеет ли плод этические и моральные права. Во-вторых, Суд подтвердил относительное *право* беременной женщины *на охрану сфер личной жизни*, то есть право, чтобы не вмешивались в ее личную жизнь. Что право в этих слу-

---

<sup>180</sup> Там же.

чаях является относительным, а не абсолютным, потому что могут иметься важные государственные интересы, включающие защиту здоровья и медицинских стандартов, а также проблемы защиты пренатальной жизни в третьем триместре. Действительно, суд высказал мнение, что штаты могут запрещать аборт жизнеспособных плодов за исключением тех случаев, когда аборт является необходимым для сохранения жизни и здоровья матери.

В 1989 году в судебном деле «Уэбстер против Репродуктивной службы здравоохранения», Верховный суд изменил позицию в деле «Роу против Уэйда», делая предположение, что система триместров была необоснованной и неосуществимой, и что интерес государства в плоде может не ограничиваться его жизнеспособностью. Он также разрешил, чтобы отдельные штаты несли ответственность за обеспечение руководящих принципов, которые заменили бы директивы решения в деле «Роу против Уэйда», основанные на системе триместров. Центральный итог этого решения должен переместить основание законодательства по абортуре от судов к государственному собранию штата и, таким образом, к более близкому приближению социального согласия.

Мы не собираемся обсуждать решения Верховного суда и их последствия, но мы обращаем внимание на то, что они поднимают две решающих проблемы. Во-первых, решения в деле «Роу против Уэйда» формулируются в терминах статуса плода относительно *права матери на невмешательство*. В нашей трактовке этики конфликта между матерью и плодом и обязательства поставщика медицинской услуги в этой ситуации, мы также должны задать два вопроса. (1) *Каков этический статус плода?* Этот вопрос можно интерпретировать как выяснение того, имеет ли плод права или имеет ли он такую связь с достоинством человеческой личности, что мы должны приписать ему права. (2) *Если плод имеет какие-либо права, то на какой этической основе должны улаживаться споры между правами плода и правами беременной женщины?*

Эти вопросы были сформулированы в терминах прав, но основной вопрос – всегда **вопрос достоинства человека** и необходимости защиты этого достоинства. Действительно, **решающий вопрос**: *требуется ли достоинство человеческой личности, чтобы плод уважался, даже если плод сам по себе – не человек?*

Второй вопрос, который будет отмечен в связи с решениями Верховного суда, касается факта, что закон должен быть отзывчив и рефлексивен относительно социальной совести. Многие надеялись, что Верховный суд уладил проблему и определил права беременной женщины и плода решением в деле «Роу против Уэйда». Политическая агитация, которая продолжается, кажется, указывает, что общество не сказало последнего слова по этому вопросу. Действительно, материалы опросов свидетельствуют: хотя общие вопросы по числу голосов указывают, что огромное большинство людей одобряет право женщины на невмешательство в этой области, более детальные опросы обнаруживают факт, что приблизительно половина респондентов хочет ограничить аборты такими случаями, как серьезная угроза здоровью матери, крово-

смешения или насилия. Словом, социальные дебаты продолжаются и к проблемам придется обращаться не раз.

В заключение, мы не должны забывать, что независимо от того, какой может быть личная позиция профессионала здравоохранения по аборту, остаются вопросы по этике здравоохранения, например, отношение аборта к здоровью или возможность принуждения в исполнении или отказе делать аборты.

## 10.2. Определение и виды аборта.

Чтобы понимать этические проблемы аборта, сначала необходимо определить аборт, классифицировать различные виды абортов, и установить диапазон мотивов (благ), которые предполагаются в качестве оправдания абортов. Это покажет, что термин «*аборт*» не обозначает простую реальность.

Аборт может быть определен как изгнание или удаление нежизнеспособного плода, то есть плода, который не может жить в это время вне матки. Определение является относительным, потому что «*жизнеспособность*» плода зависит от того, где и когда происходит изгнание. Плод, доставленный в отделение интенсивной терапии новорожденных жизнеспособен намного раньше, чем плод, который входит в мир в лачуге за сотни километров от любого профессионала здравоохранения.

В биологии, термин «*плод*» используется в начале девятой недели беременности, полностью во втором триместре. Это изменение названия, однако, не имеет морального значения, и даже об изгнании раньше, в первом триместре, все еще говорят как об абортах. Имеют место, конечно, споры о том, когда человеческий концептус<sup>181</sup> следует считать плодом в моральном смысле, а не просто в биологическом смысле. Только после того, как мы определим, каков моральный статус плода, мы будем в состоянии говорить, является ли изгнание концептуса, эмбриона или биологического плода этически важным.

Аборт может быть самопроизвольным (выкидыш) или результатом человеческого вмешательства. Много самопроизвольных абортов происходит в течение первого триместра беременности.

По существующим оценкам от 15 до 50 процентов от всех оплодотворений спонтанно прерываются. В действительности, нет никакого способа определения точного процента, так как самопроизвольные аборты часто происходят тогда, когда беременная женщина не знает об этом. Во втором триместре, самопроизвольные аборты являются гораздо более обычным, чем естественная смерть среди жизнеспособных плодов. Даже если аборт – зло, самопроизвольные аборты обычно не считаются моральной проблемой. Самопро-

---

<sup>181</sup> Концептус (проэмбрион, предэмбрион) – (эмбриология) общность клеток, или существо, формирующееся на стадии первичной полоски.

извольный аборт мог бы быть моральной проблемой, если бы его можно было предотвращать приемлемым поведением, или медицински показанным лечением в ситуациях, в которых не было бы никакой пропорциональной причины для разрешения или риска самопроизвольного аборта.

Аборты, которые происходят из-за человеческого вмешательства, могут быть классифицированы как *прямые* или *косвенные*. **Косвенный аборт – непреднамеренный побочный эффект, которым или рискуют, или его допускают, когда выполняют некоторые действия** (ср. Принцип двойного эффекта в главе 2). Косвенный аборт может происходить от лекарства, применяемого для лечения болезни, от анестезии или от несвязанной хирургической процедуры. Даже если аборт – зло, моральность косвенного аборта – моральность пропорциональности. Это – вопрос того, компенсируется ли зло рискованного или разрешенного аборта благом, следующим из принятия лекарства или перенесения хирургии.

В **прямом аборте**, аборт – умышленное следствие. Плод должен быть умышленно разрушен. Если плод имеет прирожденные или приписанные права, это – нападение на эти права. Если плод является человеком, это – прямое нападение на индивидуума, который, как мы видели в главе I, является благом самим по себе, в терминах которого должны измеряться все последствия. Таким образом, этический или моральный статус плода становится проблемой.

### 10.3. Моральный статус плода.

Не ясно, является ли биологический плод человеком, или имеет ли он права.<sup>182</sup> Простое биологическое существование не влечет за собой моральный статус. Если бы оно влекло, все живущие существа могли бы быть людьми. Хотя что-то вроде этого положения было предложено, но оно не стало общепринятым. Мы полагаем, что в настоящее время нет полностью удовлетворительного интеллектуального решения проблемы статуса плода. Во-первых, этические принципы включают эмоции также как интеллект, так что исключительно интеллектуальные решения не всегда являются идеалом. Во-вторых, что ближе к сути, мы находимся в области неясности, то есть в области, где невозможно ответить на вопрос прямо (см. главу 1). Все же это вопрос решающий, так как проблема морального статуса плода включает базисный вопрос морального статуса людей и личностей вообще.

---

<sup>182</sup> Congregation for the Doctrine of the Faith. Instruction on Respect for Human Life in its Origin and on the Dignity of Procreation: Replies to Certain Questions of the Day. – Vatican City, 1987.

### **10.3.1. Пределы рационального аргумента.**

Бесконечные аргументы могут быть предложены относительно того, что делает человека человеком. Одним методом часто пользовались для прояснения этой проблемы. Он состоит в том, чтобы идентифицировать, когда плод становится моральной личностью (человеком), ссылкой на некоторое физическое событие, типа оплодотворения или развития функционирующего мозга, или на некоторый физический признак, например, тип ДНК плода или природа родителей.

Другими словами, некоторые доказывают, что плод – человек с момента оплодотворения на том основании, что плод – человеческое существо, а все человеческие существа – люди.<sup>183</sup> Такое обусловливание приводит в качестве аргумента спорное положение и поэтому не очень убеждает. Другие доказывают, что нет никакого человека до развития функционирующего мозга.<sup>184</sup> Даже если согласиться с этим, то из этого вовсе не следует, что присутствует человек после развития функционирующего мозга; могли бы потребоваться другие соображения, в пределах от жизнеспособности до самопонимания.<sup>185</sup> Многочисленные трудности, связанные с любой из этих попыток, усиливают сомнения в отношении способности какого-либо метода достигнуть своей цели.

Основная трудность состоит в том, что выбор таких событий или характеристик является, очевидно, произвольным и ведет к противоречиям в трактовке других групп, затронутым определением. Например, если плод становится полностью моральной личностью при оплодотворении, потому что он имеет полный комплемент человеческой ДНК, каким является моральный статус других клеток, которые также имеют полный набор человеческой ДНК? Если самосознание – признак, идентифицирующий моральную личность, то младенцы, лица в постоянном бессознательном состоянии и страдающие от серьезной деменции или болезни Альцгеймера – также не люди.

Даже если мы сосредоточимся на одном плоде, не ясно, имеются ли какие-либо отчетливые деления в развитии плода. Это – пункт, который решение Верховного суда в деле «Уэбстер» поднимает относительно системы триместров, являющейся самой важной в решении дела «Роу против Уэйда». Однако важные "первые признаки шевеления плода" и "жизнеспособность" были историческими, сегодня развитие плода – континуум, немаркированный ясно отдельными стадиями.

Более важно, что есть такое в человеческой ДНК или самосознании, что указывало бы на присутствие моральной личности? Эта проблема подводит нас к существованию вопроса, касающегося определения человека. Многочислен-

---

<sup>183</sup> Noonan J. T. *The Morality of Abortion: Legal and Historical Perspectives*. – Cambridge, MA: Harvard University Press, 1970.

<sup>184</sup> Brody B. *Abortion and the Sanctity of Human Life: A Philosophical View*. – Cambridge, MA: MIT Press, 1975.

<sup>185</sup> Engelhardt H.T. Jr. *Viability, Abortion, and the Difference between a Fetus and an Infant*. In: *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 116, p.432; Warren M. A. *On the Moral and Legal Status of Abortion*. In: *Monist*, 57: 1, pp. 43-61.

ные попытки определить человека не дали позитивных результатов, поскольку ни качество этих определений, ни мыслители, предложившие их, не защитили их от критики. Таким образом, мы не можем требовать ни ясного биологического маркера, ни принятого определения человека, которые могли бы послужить основой для начала обсуждения морального статуса плода.

Следовательно, наше обсуждение морального статуса плода должно начаться с иной перспективы. Как мы выяснили в главе I, мы должны начинать любое этическое обсуждение, включая это, с практики нашего общества в отношении достоинства человеческой личности. Моральный статус плода – этическая проблема, которая, подобно всем этическим проблемам, имеет корни в достоинстве человеческой личности и в том, каким образом выражается это достоинство в общественном соглашении. Таким образом, моральный статус плода будет отражать не только моральный статус, который мы предоставляем психически неполноценным, сенильным<sup>186</sup> и детям, но и степень нашего желания защищать людей, делая невозможными исключительные ситуации, которые могли бы им угрожать.

Готовность общества приписать или предоставить моральный статус и права плоду зависит в первую очередь от тех, в отношении кого мы уже признали, что они имеют моральный статус и права.

### **10.3.2. Требования защиты маргинализованных.**

Практически и из-за неясности проблемы, нам следует обратиться к *принципу клина*. Другими словами, права приписываются даже плоду как части сети защиты, включая всех тех, кому мы уже предоставляем права. Этот подход защищает достоинство человека, приписывая права, которые вытекают из этого достоинства другим, кто не является ясно и несомненно человеком. Таким образом, согласно этому подходу, если мы не предоставляем серьезное право на жизнь всем существам, которые являются биологически человеческими, мы логически открываем себе дорогу для разрешения убийства серьезно умственно отсталых младенцев, сенильных и постоянно душевнобольных. Действительно, если мы ограничиваем серьезное право тем, кто в несколько более высоком смысле, вне всякого сомнения, являются людьми, было бы правильно уничтожить маленьких детей, которые пока еще не обнаружили никаких признаков индивидуальности. Можно даже доказать, что, если мы ослабим уважение к человеческой жизни на этом самом простом уровне, мы создадим ситуацию, которая могла бы вести к убийству умственно отсталых, сенильных и душевнобольных. Логика правильная и, мы думаем, опасная.

По этой причине принцип клина является принципом, который лучше всего защищает человеческое достоинство. То есть, принцип клина дает самую большую внешнюю защиту тем, кому мы в настоящее время предоставляем право на жизнь. Хотя нет убедительного доказательства, что эмпириче-

---

<sup>186</sup> Сенильный – относящийся к старому возрасту или характеризующийся им.

ская форма принципа клина проверена случаями исторических злодеяний, представляется очевидным, что удаление от биологических критериев открывает дорогу соблазну рассматривать умственно отсталых, сенильных и душевнобольных, имеющими меньше права на жизнь и здравоохранение. В прошлом, общества, которые ослабили защиту человеческого достоинства, продолжали отрицать моральный статус женщин, евреев, цыган, чернокожих и вообще любого, кто не был членом их группы.

Уважение человеческой жизни, однако, понижается многими факторами, которые не являются преднамеренным выбором. Голод, который создает соревнование за выживание, понижает уважение жизни слабых, – то есть тех, кто имеет наименьший шанс на выживание. В тяжелые времена, когда базисные ресурсы особенно недостаточны, существует тенденция рассматривать некоторых людей бременем, которым следует пренебречь. Эта тенденция особенно сильна тогда, когда мы не можем видеть лицо другого человека, или считаем человека отличающимся от нас и, следовательно, неполноценным человеком. Эта тенденция проступает не только в дебатах об аборте, но в отношении к убийству врага на войне. Все это является трагическим, и мы стремимся избегать ситуации, которая создает трагедию, но фактом остается, что мы понижаем наши ценности, когда мы «прижаты к стене» обстоятельствами.

Авторы полагают, что жизнь имеет ценность даже для тех, кто может взаимодействовать по-человечески только на базисном уровне (см. главы 7 и 8). Это убеждение является доминирующим убеждением в нашем обществе. Хотя наше общество не всегда было и теперь не является преуспевающим, оно пытается заботиться о психически неполноценных и тех, кто имеет серьезные умственные болезни. Хотя они ничем не содействуют обществу и могут наслаждаться лишь немногим из того, к чему большинство из нас стремится, они все еще имеют минимальную способность к простому человеческому взаимодействию. Мы обращаем внимание, однако, что имеется опасность установления настолько высоких критериев индивидуальности, что очень немногие смогут соответствовать им. Короче говоря, если мы требуем слишком многого, мы будем отрицать серьезные права для большинства существующих людей, и создадим платформу для оправдания рабства или геноцида.

Во всемирной истории мы видим много случаев, когда евреев, цыган, чернокожих, женщин, искалеченных младенцев, старых и просто слабых эксплуатировали и умерщвляли только потому, что без всякой причины они были помечены как неполноценные люди и, следовательно, без прав. Опасность повторения этих случаев снова требует от нас, чтобы мы осторожно относились к любому определению человека, которое имеет тенденцию устранить группы людей, кого общество традиционно и приемлемо защищает как имеющих серьезные права на жизнь. Такая традиция должна сохраняться и изменяться только после тщательного и проницательного анализа всех релевантных факторов.

## **Резюме.**

Позиция, которую мы здесь описали, опирается на аргумент клина, то есть отказ делать исключения, чтобы не открыть дверь к злоупотреблениям. Этот метод аргументации ведет к заключению, что когда имеется сомнение, мы должны расширить область прав, чтобы защитить ценность человеческой жизни и права людей. Постоянное использование принципа клина является равносильным строительству высокой и крепкой стены вокруг подтвержденных прав.

Аргумент, однако, не улаживает проблему тех, кто имеет права по самой своей природе. Мы имеем, затем, мощный практический аргумент, а не тщательно установленное теоретическое основание для абсолютной оппозиции аборту.

Эта позиция, строящаяся на принципе клина, убеждает нас полагать, что плод имеет серьезное, хотя не абсолютное, право на жизнь. Логически, эти два принципа убеждают нас утверждать, что право существует почти с момента оплодотворения. Мы застраховываемся относительно момента оплодотворения, потому что не ясно, что принцип клина должен повлечь за собой, чтобы охватить период между оплодотворением и внедрением. Может быть, можно позволить отклонение в пределах нескольких дней без того, чтобы подорвать уважение к людям. Будет всегда иметься некоторая произвольность, потому что мы должны провести границу не только в терминах (неокончательных) объективных критериев, но в терминах нашей субъективной потребности в уверенности и нашем желании построить стену вокруг прав тех, кого мы хотим защитить. С другой стороны, ввиду нашей длительной традиции уважения достоинства тяжелых инвалидов и всех иных групп, позиция не неблагоприятна в нашем обществе. Традиция непосредственно имеет объективность в форме культуры и ценностей всего общества.

Вывод, что плод имеет серьезное, хотя не абсолютное, право на жизнь и логически имеет его с момента оплодотворения, вовсе не отрицает того, что беременная женщина также имеет серьезные, хотя не абсолютные, права относительно ее тела. Действительно, конфликт между серьезными правами плода и серьезными правами беременной женщины – решающая область в дебатах об аборте. Справедливое обсуждение должно принимать во внимание обе стороны.

## **10.4. Права беременных женщин.**

Любое обсуждение прав беременной женщины усложнено присутствием двух типов проблем. В аборте проблемой является право женщины завершить беременность, и степень, в которой это право ограничивается правами плода и интересом государства. В конфликтах по поводу лечения плода, проблемой является право женщины давать согласие на медицинские процеду-



ры, которые не приносят ей непосредственную пользу и могут включать существенные риски для нее, или отказаться от них. Хотя акушер и может рассматривать плод как своего пациента, нет никакого другого доступа к этому пациенту, кроме как через его мать, самостоятельного пациента. Может ли отказ давать согласие одного пациента (мать) быть отмененным ради блага другого пациента (плод)? На каком основании должна базироваться такая отмена: достоинство плода, милосердие профессии, интересы общества?

Решение Верховного суда в деле «Роу против Уэйда» подтвердило *право на охрану сфер личной жизни*, то есть право, чтобы не вмешивались в ее жизнь. Оно также установило, что это право не было абсолютным, но могло бы быть ограничено интересами государства в здоровье матери или интересом государства в потенциальной жизни, которая присутствует в течение третьего триместра. В дополнение к этому праву на охрану сфер личной жизни, женщина также имеет право на жизнь и право на то, чтобы не разрушили ее здоровье. Решение в деле Уэбстер не изменяет это, но оно усиливает требования со стороны интереса штата в плоде.

Были существенные разногласия по вопросу о праве на охрану сфер личной жизни. В то время как мнение большинства в деле «Роу против Уэйда» сослалось на прецедент, отколовшееся мнение утверждало, что это право было просто сфабриковано и не имело никакой подлинной конституциональной основы. Так как мы не можем разрешить эти юридические дебаты, мы хотим просто привлечь внимание к фундаментальной моральной проблеме, которая находится под угрозой: если нет серьезных отменяющих социальных интересов, решение делать или не делать аборт должно быть принято беременной женщиной или, в случае необходимости, соответствующим заместителем. Подобно всем этическим решениям, оно должно быть принято в контексте требований человеческого достоинства, как оно понято и поддерживается обществом. *Женщина решает согласно трудному обязательству учесть все релевантные этические соображения, но оно остается ее решением.*

Это сильное подтверждение права женщины принимать решение, дает дополнительную силу информированному согласию в случае акушерского лечения плода. Другими словами, там присутствует не только традиция информированного согласия, укорененная в автономии женщины, которая обычно контролирует процедуры, которые могут быть выполнены на женщине. Но имеется также традиция личной свободы, юридическое пространство, в котором женщина может принять решение, даже относящееся к будущему здоровью ее плода. Уникальные отношения матери и плода собирают вместе эти две теоретические проблемы в одну практическую проблему.

#### **10.4.1. Беременная женщина и аборт.**

В современном понимании дебатов об абортах, мы стоим перед конфликтом между различными видами прав. Во-первых, имеется конфликт между серьезным, но не абсолютным правом плода на жизнь и серьезным, но не абсолютным правом женщины на жизнь и на защиту ее здоровья. Во-вторых, су-

существуют конфликты между серьезным, но не абсолютным правом плода на жизнь и часто далеко не серьезным и не абсолютным правом женщины на широкое разнообразие интересов, в пределах от блага семьи женщины до благ от определенного профессионального расписания или ребенка определенного пола. Конфликты не могут быть улажены на простой основе индивидуальных прав, и воздействие таких решений на уважение человеческого достоинства вообще должно быть непрекращающейся заботой.

В этике, которая делает индивидуального человека благом самим по себе, конфликты между этими правами должны оцениваться в терминах следующих факторов. Во-первых, существует вопрос, идет ли аборт против внутреннего блага или достоинства индивидуального человека, или угрожает ли он правам и таким образом достоинству всех людей. До сих пор, мы установили только, что плод имеет серьезное, но не абсолютное право на жизнь, и конечно мы не установили, что плод – индивидуальный человек и, таким образом, внутреннее благо. Действительно, мы привели доводы в пользу серьезного права плода в терминах сохранения пределов, которые защищают права других людей, когда имеется конфликт прав, включающих более или менее важные средства для внутреннего блага. Нужно спросить, оправдывают ли предложенные хорошие последствия для женщины плохие последствия для плода и для других, имеющих серьезное право на жизнь, также как возможное серьезное зло и поэтому не принимающих во внимание последствия для общества. Необходимо затем рассмотреть различные блага, используемые, чтобы оправдать аборт. Иногда это называют взглядом на медицинские и немедицинские показания для аборта. Мы рассматриваем предполагаемые хорошие последствия, чтобы оправдать злые последствия аборта. Конфликт относительных прав беременной женщины и плода должен быть исследован в терминах воздействия на все стороны в конфликте, включая общество и всех тех, кто имеет серьезное право на жизнь. Он не является исключительно и просто конфликтом между правами плода и правами беременной женщины.

#### **10.4.2. Мотивы аборта.**

Мотивы аборта указывают диапазон предполагаемых благ, которые люди пытаются получить посредством аборта. Эти блага можно классифицировать под шестью основными рубриками:

- 1) аборты, которые являются медицинскими с точки зрения женщины, или как необходимые, (а) чтобы спасти жизнь матери, или (b) на основе других медицинских показаний,
- 2) аборты, которые являются евгеническими для плода, т.е., мнение, что отдельному плоду будет лучше умереть,
- 3) аборты, которые являются евгеническими с социальной точки зрения, которая может включать социально-экономические, а также социально-медицинские причины и, следовательно, могли бы быть частью демогра-

фической политики. С этой точки зрения, общество, считают, выиграет материально без этого индивидуального рожденного плода,

- 4) аборт по юридическим причинам, типа насилия или кровосмешения, хотя очевидно они включают другие факторы, например, материнское психическое здоровье,
- 5) аборт, сосредоточенные на благах семьи, например, случаи, в которых семейство пострадало бы психологически или экономически от рождения другого ребенка или сильно больного ребенка,
- 6) аборт ради смешанных благ с точки зрения женщины, которые включают все от образа жизни и моделей карьеры до желательного пола младенца.

### **10.4.3. Медицинский аборт.**

Только первая категория содержит медицинские (терапевтические) аборт, а именно аборт, связанные с исцелением беременной женщины или спасением ее жизни. Некоторые случаи в четвертом классе – аборт по юридическим причинам – могут быть включены здесь, если они также содержат в себе угрозы физическому или психологическому здоровью матери.

Примеры медицинских абортов включают случай женщины с такими определенными почечными проблемами, что беременность могла бы вести к смерти от уремического отравления. Аборт для этой женщины мог бы пониматься как медицинский, поскольку одна жизнь противопоставляется другой. В других случаях, беременность может не приводить к смерти, но может угрожать серьезным и постоянным ухудшением здоровья женщины. Например, женщина с диабетом могла бы потерять зрение, если она будет вынашивать плод до срока. Мы расценивали бы жизнь этого плода противостоящей серьезным проблемам для здоровья женщины. В заключение, имеют место случаи, в которых вынашивание плода до срока считается опасным для психологического здоровья женщины. Очевидно, психологический вред варьируется от умеренного расстройства до психоза.

Те, кто не признает у плода серьезное, хотя и относительное, право на жизнь, не проявляют никакого интереса к природе причин для медицинского аборта, так как для них там нет никакого конфликта между правом матери и менее значительным правом плода. Те, кто признает, что плод имеет серьезное право на жизнь, должны столкнуться с проблемой не только конфликта прав, но также состояния эмоционального смятения и муки нахождения в ситуации "без выигрыша". Когда мы стоим перед дилеммой, где *относительное право на жизнь противостоит относительному праву на жизнь*, мы действительно вовлекаемся в трагедию, из которой наши принципы не дают нам выхода. Если мы признаем у плода серьезное право, этическая теория не дает нам ясного пути выхода как из этического конфликта, так и эмоционального смятения. Независимо от того, какой выбор будет сделан, последует большое зло. В этих ситуациях этика подводит нас, и мы остаемся перед необходимостью выбора, зная, что любой выбор является неправильным с

одной точки зрения и правильным с другой, одинаково убедительной, точки зрения. Это, кажется, составляет неотъемлемую часть человеческого состояния. Независимо от того, какое решение было сделано, мы должны действовать с сожалением, зная, что пожертвовали реальным благом.

Когда что-нибудь, менее серьезное, чем жизнь женщины, стоит под угрозой, кажется просто решить конфликт, так как серьезное право на жизнь должно иметь приоритет над правом на некоторое меньшее благо, как, например, зрение или психическое здоровье. Это может быть верным во многих случаях, но в других случаях, такой анализ слишком упрощается, так как он исключает из рассмотрения те блага, в отношении которых не ясно, являются ли они объектами прав. В действительности, женщина должна принять во внимание благо семьи, которая может получить слепую или больную психозом мать, если плод будет доношен до срока. Точно также она должна учесть, что это означает для нее, чтобы она могла перенести эту судьбу. Имеются важные моральные следствия независимо от того, какое решение будет принято, и нет никакого простого урегулирования на основе теории. Действительно, это более широкое рассмотрение проблем еще раз вовлекает нас в трагическое измерение, подобное дилемме "жизнь против жизни", в котором независимо от того, каким образом каждый из нас поступит, в результате произойдет большое зло.

#### **10.4.4. Немедицинские аборты.**

Немедицинский (не терапевтический) аборт не вызывает никакие личные этические проблемы у тех, кто не признает у плода серьезное право на жизнь. Он создает проблемы не только у тех, кто признает такое право, но, как мы увидим немного позже, для профессионалов здравоохранения, которые посвятили себя жизни и здоровью. Первый из немедицинских абортов, который считают *евгеническим* с точки зрения ребенка характеризуется сознанием, что *этому плоду было бы лучше умереть*. На это ссылаются в том случае, когда плод был диагностирован как имеющий серьезный генетический дефект или возможность наличия прирожденной умственной отсталости или что-нибудь в этом роде. Аборт – для блага ребенка.

Этот класс случаев приводит нас непосредственно обратно к проблемам качества жизни и права другого, даже матери или отца, делать суждения за человека или за существо с серьезным правом на жизнь (см. главу 2). Что делает жизнь значимой для одного индивидуума, может варьироваться от простой способности взаимодействовать с другими людьми до самого высокого развития наивысших человеческих потенциалов. Ни один из нас, думается, не является достаточно мудрым, чтобы оценивать пределы жизни другого человека, и значение принципа клина побуждает нас подходить к этому вопросу с большой осторожностью.

Аборты, которые считаются *евгеническими с социальной точки зрения*, основаны на идее, что этот плод, если ему позволить родиться, был бы бременем для общества. Короче говоря, было бы лучше для общества, если бы

плод не был рожден. Причины, данные в этих случаях, охватывают не только возможность серьезных врожденных дефектов, но и тот факт, что эти дефекты будут стоить обществу много денег. Иногда просто предполагается, что общество имеет слишком много людей и обладает слишком немногими ресурсами, чтобы обеспечить им достойное существование. К сожалению, социальный евгенизм часто включает расизм самого плохого сорта.

Несколько серьезных аргументов подвергают сомнению социальный евгенический подход. Первым, и наиболее базисным, является тот факт, что общество существует для индивидуума, а не наоборот. Это ограничивает то, что общество может делать, даже чтобы защитить себя. Второй, даже тогда, когда мы признаем у общества права в этой области, общество непосредственно, а не индивидуумы должно принимать решение о том, когда необходимо пренебречь индивидуумом от имени общественного или общего блага. Третий, долгосрочные, а не просто кратковременные результаты такого размышления, должны быть тщательно взвешены.

Беременности вследствие насилия и кровосмешения, наша четвертая категория, часто выдвигаются как главные кандидаты на аборт. Сочувствие к жертвам делает случай особенно эмоциональным. Мы все можем понять, почему женщина не хотела бы вынашивать ребенка, который был зачат не в акте любви или даже страсти, а в результате жестокой и преднамеренной деградации. Конечно, воздействие и насилия и беременности на психическое здоровье индивидуальной жертвы должно быть серьезно рассмотрено. Возможно, они могут даже создавать эквивалент ситуации "жизнь против жизни".

Наше отвращение к кровосмешению создает подобное сочувствие вместе с беспокойством относительно возможного дефектного генетического вклада в плод и деструктивного психологического воздействия на жертву. Еще раз, фактические последствия должны быть рассмотрены, и они могут или не могут создавать эквивалент ситуации "жизнь против жизни".

В то же самое время, аборт не уничтожит все последствия насилия и кровосмешения и может только создавать новые проблемы. Наиболее важная из всех – вопрос о том, открывает ли создание исключений для этих случаев путь к злоупотреблениям. Еще раз мы возвращаемся к принципу клина. Существует опасность в отрицании серьезного права плода на жизнь на том основании, что его отец был преступником, или что ребенок мог бы быть менее совершенным или мог бы быть бременем для матери или общества. Кроме того, на степень травмы у женщины очень повлияет степень сознательной и сочувственной помощи со стороны общества и есть ли альтернативы усыновления и воспитания чужих детей. Короче говоря, имеет место много факторов, которые следует учесть даже тогда, когда мы имеем дело с результатом насилия и кровосмешения.

Наш пятый класс показаний включает семейные последствия (социальные, психологические и экономические) рождения и развития отдельного плода. Представим себе мать пятерых детей, которая только добилась благополучия, и обнаруживает, что ее 14-летняя дочь беременная. Она видит свою

дочь, повторно поступающую в ранг бедных, плюс расходы многих лет подъема ребенка. Усыновление может рассматриваться альтернативой, но усыновление не всегда возможно. Мать чувствует себя «загнанной в угол» и повторно стоит перед муками жизни за счет благотворительности и трудностями 14-летней слишком юной дочери, неспособной самостоятельно растить ребенка.

Рассмотрим также случай родителей, которые уже имеют ребенка с болезнью Дауна и которым сообщили, что они будут иметь второго. Не только материально, но и эмоционально, они «прижаты к стене». Они предвидят духовный крах для себя и серьезное пренебрежение ребенком инвалидом, которого они уже имеют. Усыновление вообще не является выполнимой альтернативой, когда имеют дело с умственно отсталым ребенком, и они содрогаются при мысли о помещении ребенка в нестандартное общественное учреждение. Люди, которые принимают во внимание аборты в таких ситуациях, соглашаются на него, поскольку они считают его разумным выбором, который является меньшим злом.

В идеале, эти конфликты могли бы устраняться превосходящей общественной заботой и изменяемым в лучшую сторону отношением к усыновлению инвалида. Практически, соревнование недостаточных ресурсов часто оставляет инвалида заброшенным, а их родителей в дилеммах, которые мы показали. Хотя мы и склоняемся в этих случаях на сторону плода, мы также полностью сочувствуем родителям, которые пытаются защитить свою семью и детей.

Смешанная категория включает широкое разнообразие причин для аборта. Это и опасение изменений в образе жизни, возникающие с беременностью, и появление ребенка в семье, который, возможно, разрушит карьеру или будет влиять на материальный комфорт. Мы сомневаемся в том, что серьезное право плода на жизнь должно уступить приоритет таким незначительным благам.

#### ***10.4.5. Социальная поддержка и проблема аборта.***

Многие из случаев, упомянутых на предыдущих страницах, свидетельствуют о том, что готовность или недостаток готовности общества помогать медицинским обслуживанием или социальным обеспечением является частью решения по абортам, которое принимают женщины и семьи. Более простые законы усыновления могли бы делать решение за жизнь проще. Лучшее правовое принуждение могло бы уменьшить случаи насилия и кровосмешения. Готовность обеспечивать лучшую заботу и вспомогательные услуги для инвалида могла бы в меньшей степени пугать семьи заводить ребенка. Все эти хорошие дела, однако, вовлекают распределение недостаточных ресурсов и проблемы, связанные со справедливым распределением таких ресурсов. Даже самое богатое общество в мире не может уйти от человеческого состояния.

#### **10.4.6. Этика и трагедия.**

Рациональный этический подход требует пропорциональности между предполагаемыми хорошими и плохими последствиями, которыми рискуют или которые допускают, а иногда даже предполагают. Ввиду этого, должно быть ясно, что нет никакого четкого набора ответов на вопрос о независимом праве женщины на аборт. Нет также четких ответов на точную степень серьезного права плода на жизнь. Случай "жизнь против жизни", однако, подчеркивает трагедию в самой основе множества случаев, вовлеченных в дебаты относительно этики аборта.

В случаях "жизнь против жизни", теория не разрешает нам отдавать первенство женщине или плоду. Два равных блага находятся в конфликте. Хотя некоторые доказывают, что женщина – человек с полными правами, а плод имеет только ограниченные права, они предлагают опасное различие, и принцип клина должен заставить нас колебаться в принятии его.

В предыдущем анализе, позиция, которую занимает каждый в отношении аборта, не просто вопрос прав плода и женщины, но вопрос множества факторов, которые должны быть взвешены и сбалансированы. Эта позиция принимает во внимание среди других вещей эмоции и опыт людей в обществе. Она также признает, что имеется неявное знание, включая теологические убеждения, функционирующие в обществе. Все они объединены в часто плохо артикулируемое мировоззрение – принятый и функциональный взгляд на значение жизни в обществе. Мировоззрение содержит объяснения зла и добра в целостной истории мира.

В современном плюралистском обществе, различные группы имеют различные мировоззрения. Если это мировоззрение фаталистское, люди не будут бороться, чтобы избежать всего зла и будут часто принимать боль и страдание как часть жизни. Те, кто верит в божественное провидение, могут видеть психически неполноценного ребенка как возможное благословение, а не просто как затруднение. Другие, кто расценивает людей как способных к решению всех проблем и отказу от всего страдания, не будут допускать никакого страдания или затруднения, или причинения беспокойства, которое они могут избежать. Каждая из этих групп будет иметь разное отношение к жизни и аборту.

Sidney Callahan<sup>187</sup> добавляет к списку элементов мировоззрения, лежащего в основе спора. Мы формулируем ее пункты в форме вопросов. Является ли свойственная индивидууму ценность центром мира, или членство в группе более важный источник моральной ценности? Имеется ли цель и смысл, даже трансцендентный смысл, в мире, или мы придаем наши собственные смыслы? Феминизм должен быть только в пользу отдельных женщин или в пользу самых слабых групп, включая плод? Следует ли избегать всего страдания, или страдание, которое принимают ради других людей, имеет значение и ценность? Признавая, что эмоции важны в моральной жизни, какие из них

---

<sup>187</sup> Callahan S., Callahan D. Abortion: Understanding Differences. – New York: Plenum Press, 1984.

являются наиболее подходящими и какие должны иметь доминирование в дебатах об аборте? Должны ли мы превозносить рациональность и хладнокровный контроль или нежность и участие к слабому?

Эти вопросы настолько глубоки, и так трудно на них ответить, что дебаты по абортам не скоро закончатся. Следует подчеркнуть, однако, два пункта. Во-первых, проблемы слишком важные, чтобы оправдать поношение и рассчитанные на чувства, а не на разум, аргументы. Мужчины и женщины интеллекта и доброй воли выстраиваются по обеим сторонам дебатов. Их следует уважать, даже если мы находим их позицию отвратительной или глупой. Если мы потеряем из виду потребность уважать других как условие для продолжения диалога, никто никогда не выиграет дебаты, так как это разрушит достоинство участников и затруднит поиски необходимых социальных усовершенствований, которые могли бы облегчить некоторые из рассмотренных трагических ситуаций.

Во-вторых, проблема может быть решена, в лучшем случае, только частичным образом в соответствии с относительным согласием в обществе. Неясность моральных дилемм, выделенных в этой главе, делает невозможной формулировку ясного и несомненного философского принципа. Даже "практические" решения, появляющиеся из относительного согласия, будут временными. Материальные условия, внутри которых появляется относительное согласие, станут устаревшими. Общество будет менять свою поддержку беременным женщинам, а новые методы ограничения рождаемости могут даже исключить искушение обдумывать аборт. Мы можем только надеяться, что наша способность ассимилировать эти изменения этически позволит нам сдерживать трагедию и зло до минимума. Трагедия, однако, будет всегда оставаться.

## **10.5. Аборт и поставщик медицинской услуги.**

### ***Введение.***

Поставщик медицинской услуги должен столкнуться с тремя группами проблем. Первая касается его личной позиции по моральности аборта и конфликта между матерью и плодом. Вторая включает институциональные политики здравоохранения в отношении персонала. Третья касается вопросов профессиональной этики, которая существует даже для тех, кто не имеет никакой личной этической проблемы в отношении любой проблемы. Эта третья группа проблем включает такие вопросы как принудительные аборт, принудительное лечение и профессиональное участие в немедицинских абортах.



### **10.5.1. Аборт и персональная этика.**

Поставщик медицинской услуги должен определить, является ли специфический аборт этическим и в процессе решить, будет ли он сотрудничать с женщиной, которая нуждается в аборте. Когда поставщик решает, что специфический аборт неэтичен, он обычно должен отказаться от участия. Время от времени, однако, вопрос сотрудничества не является простым вопросом. Должна ли отказаться медсестра, которая иногда ухаживает за женщинами в послеоперационной палате после аборта? Может ли врач продолжать практиковать в больнице, которая делает много абортов, которые он считает неэтичными? Классические принципы можно применять к сотрудничеству в ситуациях подобно этим. Так, хотя поставщик не должен делать или непосредственно участвовать в аборте, который он считает неэтичным, могут иметься пропорциональные причины для заботы о пациентах при лечении результатов аборта. Наиболее очевидная причина – предотвратить дальнейший вред пациенту. Имеются даже пропорциональные причины, чтобы продолжать работать в больнице, которая делает большое количество абортов, что профессионал здравоохранения оценивает неэтичным. Таким образом, данное согласие, в результате которого продолжается связь с больницей, не принимается как одобрение неэтичного поведения, так как потребности профессии и пациентов в этой сфере часто могут оправдывать продолжающуюся связь.

Те, кто не видят никакой проблемы с абортом, не будут иметь никаких проблем совести в этой области. Те, кто считает все аборты убийством, будут чувствовать себя вынужденными бороться против аборта в любых обстоятельствах. Лица, придерживающиеся обеих позиций, должны, однако, столкнуться с проблемой институциональной политики и своего отношения к совести тех, кто не соглашается с ними.

### **10.5.2. Аборт и институциональная политика.**

Сильные чувства, связанные с вопросом аборта могут подталкивать индивидуумов поддерживать институциональные политики, которые налагают запрет на тех, кто не соглашается с ними. Католические больницы, например, могли бы быть соблазнены возможностью наложить запрет не только на врачей, которые делают аборты, но также и тех, кто публично не осуждает аборт. Правления больниц, которые видят обеспечение абортов как обязательное обслуживание женщин, желающих их, могут иметь соблазн не давать привилегии или работу профессионалам здравоохранения, которые или против аборта или видят потребность в решении каждого случая по собственному усмотрению. Короче говоря, все категории поставщиков могут быть исключены учреждениями здравоохранения, которые полагают, что они имеют обоснованные причины для своих политик.

Мы допускаем, что, как личности, администраторы и члены институциональных правлений должны следовать за их совестью. Однако как админист-

раторы или члены правления, они должны принять во внимание четыре пункта. Во-первых, учреждение должно иметь письменную общественную политику. Короче говоря, не должно существовать никакой тайной дискриминации потенциальных служащих и врачей, которые желают штатных привилегий. Во-вторых, политика должна основываться на публично установленной и тщательно сформулированной философии учреждения. Другими словами, политика должна быть релевантной установленным целям учреждения. В-третьих, политика, поскольку она согласуется с философией учреждения, должна уважать совесть поставщиков медицинской услуги, которых она нанимает. В-четвертых, она должна быть также в соответствии с государственными законами, которые защищают совесть профессионалов здравоохранения. В плюралистическом обществе, по крайней мере, требуется сильное обоснование, чтобы исключить тех, кто – против аборта, если они никогда не будут вовлечены в аборты. Одинаково сильное обоснование требуется, чтобы исключить тех, кто – в пользу абортов, если они никогда не будут вовлечены в аборты.

### **10.5.3. Немедицинский аборт.**

Даже если персональная этика поставщика медицинской услуги допускает аборт, все еще следует спросить профессионала здравоохранения и учреждение, является ли аборт в медицинском отношении показанным и находится ли он в пределах этики исцеления. Короче говоря, является ли уместным вопрос о том, является ли немедицинский аборт подходящей деятельностью для врача или медсестры, или для больницы, или другого учреждения здравоохранения.

Медицинские аборты (аборты, связанные с сохранением жизни и физического здоровья женщины) находятся в компетенции поставщиков медицинской услуги. Если аборт медицински показан, врач или медсестра, чья совесть в других отношениях допускает, может участвовать. Когда аборт медицински не показан, как с абортами, выполненными по социальным показаниям, по евгеническим причинам или для удобства женщины, участие поставщика медицинской услуги этически сомнительно. Поставщики медицинских услуг обязаны лечить, не делая оценки качества жизни или блага общества, намного меньше помогая немедицинским целям некоторых пациентов. Традиционно профессиональному поставщику медицинской услуги вверяется здоровье, а не предоставление того, что клиент хочет и оплатит независимо от потребности. Точно также как врачи отказались действовать в качестве палачей в тех государствах, которые передают под их мандат смерть в результате смертельной инъекции, которые только врачи могут прописывать, так должны они отказываться размывать их профессиональную роль, участвуя в немедицинских абортах. Однако традиция, кажется, ослабляется, и нравы современного общества изменились, делая профессионала здравоохранения мелким торгашом, который может делать почти все, что пациент оплатит.

Практически, существует много дискуссий о том, что составляет медицинский аборт. Некоторые врачи доказывают, что аборт является медицинским, если он предотвращает или облегчает серьезную физическую или серьезную психическую болезнь, и даже тогда, когда он облегчает временные эмоциональные расстройства. Короче говоря, здоровью беременной женщины дают такое широкое толкование, что очень большое количество абортов может быть классифицировано как "медицинский" аборт. Даже с таким широким толкованием здоровья и медицинского аборта, много абортов все еще остаются немедицинскими. Аборты, чтобы сохранить образ жизни или планы карьеры едва являются медицинскими или медицински показанными. Евгенические аборты любого типа также являются немедицинскими.

Проблема аборта – только один пример области, в отношении которой существует потребность в серьезном обсуждении роли профессионала здравоохранения в обществе, которое часто действует так, как будто оно имеет право купить любое удобство. Является ли правильным делать восстановительную хирургию на людях, которые не будут извлекать выгоду из этого? Является ли правильным наложить швы атлетам и посылать их назад в игру, рискуя их здоровьем и возможно их жизнью? Является ли правильным для профессионала здравоохранения абортить плод для удобства здоровой беременной женщины? Короче говоря, является ли правильным использовать профессиональную экспертизу не в лечебных целях?

Мы полагаем, что ответ на все эти вопросы – ясное нет. По нашему мнению, профессионал здравоохранения теряет профессиональный статус и превращается в простого торговца, когда избавляется от медицинских показаний, а удобство пациента или прибыль поставщика делает доминирующим критерием практики. Таким образом, немедицинские аборты остаются этической проблемой даже для профессионалов здравоохранения, чья персональная этика не осуждает такие аборты. Возможно, существует потребность в отдельной группе профессионалов здравоохранения, которые не претендуют на исцеление, но имеют дело с немедицинскими абортами, казнями и другими услугами, которые публика желает оплачивать. Такое разделение не решило бы проблему аборта, но оно ясно даст понять, что профессионалы здравоохранения специализированы на исцеление, а не на смерть или простое стяжательство.

#### ***10.5.4. Принуждение и аборт.***

Принципы информированного согласия применяются в аборте как во всех медицинских процедурах. Действительно, они должны, вероятно, применяться более строго, не только потому, что такие высокие блага находятся под угрозой, но также и потому что имеется так много соблазнов, чтобы злоупотребить свободой беременной женщины. Действительно, ситуации таковы, что группы и «За свободный выбор» («Pro-Choice») и «За жизнь» («Pro-Life») беспокоятся о них. Две ситуации, которые требуют специального рассмотрения:

- (1) случаи, когда родители оказывают давление на молодых женщин, делать или не делать аборт, и
- (2) случаи, в которых правительственные служащие обманывают или даже шантажируют бедных женщин, принуждая к абортам.

Родительское давление понятно во многих случаях. Семья часто находится в очень эмоциональном состоянии, так как она видит позор, расходы и разрушение их мечты, если их дочь будет иметь ребенка прежде, чем она станет способной заботиться о нем, и прежде, чем она вырастет. В то же самое время, ребенок часто понимает последствия только в неопределенном отношении. Чувства семьи могут быть похожими даже, когда случай вовлекает не ребенка, а молодого взрослого. Чувства семьи могут приводить к сильному давлению в сторону аборта. Молодая личность находится под угрозой потери любви и изгнания из семьи, если отказывается от аборта. Давление может стать настолько сильным, что мы, вероятно, имеем дело с принуждением, когда компетентность молодой женщины делать выбор становится сомнительной. Профессионал здравоохранения должен быть по-настоящему осторожным, удостоверившись, что информированное согласие действительно дается.

Те семьи, которые выступают против аборта абсолютно и которые расценивают аборт как убийство, могут создавать одинаково сильное давление против аборта. Когда эти семьи угрожают изгнанием и потерей любви, если будет иметь место аборт, мы находимся еще раз в области принуждения. Мы сталкиваемся, затем, с классом случаев, в которых слишком часто ни клиент, ни заместители не являются особенно компетентными. Случай даже больше усложняется тем, что посторонние часто склоняются в пользу рождения или аборта, так что нет никакого простого и удовлетворительного обращения к адвокатам или судам.

В данных обстоятельствах, поставщик медицинской услуги, чья совесть допускает аборт в этом случае, должен попытаться уменьшить давление и получить решение, принимаемое по мере того, как утихают чувства. Когда имеет место относительное спокойствие, пациента следует честно информировать относительно процедур, их альтернатив, их рисков и затрат. Если поставщик пытается делать значительно больше, помимо простого успокоения и информирования пациента, он может стать силой, уменьшающей свободу.

Те, чья совесть запрещает сотрудничество в рассматриваемом аборте, должны, конечно, отказаться от пациента, если последний выбирает аборт. Прежде, чем пациент принял решение, они также должны попытаться увеличить компетентность пациента и дать соответствующую медицинскую информацию, которая необходима для информированного согласия. Поскольку они избегают принудительного поведения, поставщики могут в соответствии с их совестью объяснить их моральную позицию в отношении процедуры. Те, кто не могут воздержаться от принудительного поведения, профессионально не должны быть вовлечены в такие случаи вообще.

## 4. СТОМАТОЛОГИЯ.

### ГЛАВА 11. СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ<sup>188</sup> ЭТИКА.

#### 11.1. Стоматология как профессия и профессиональные обязательства.

Болезни, которые случаются с полостью рта человека, могут предупреждаться и вылечиваться гораздо более эффективно благодаря специальным знаниям врача-стоматолога, а не исключительно путём самопомощи. Поэтому те, кто страдает от оральной боли или дисфункции, или кто хочет предупредить это, испытывает желание пользоваться компетентной помощью стоматолога. Несмотря на то, что многие стоматологи практикуют индивидуально или в небольших группах как независимые предприниматели, стоматологическое обслуживание, как правило, не рассматривается в качестве обычного товара на рынке. Напротив, преобладающее большинство стоматологов, как и широкие круги общественности, рассматривают стоматологию профессией. То есть, общество рассматривает стоматологов специалистами в соответствующей области знания и умения и поручает им, чтобы они, практикуя это специальное знание и умение (индивидуально или коллективно), отдавали приоритет благополучию своих пациентов. Следовательно, врач-стоматолог связывает себя обязательствами перед обществом, когда становится стоматологом, и принимает нормы и обязанности профессии. Эти нормы и обязанности являются содержанием предмета **поддисциплины**, называемой «**стоматологической этикой**».

##### ***11.1.1. Центральные ценности стоматологической практики.***

Многие люди удивятся, узнав, что профессиональные обязательства врачей-стоматологов, по которым стоматологи редко имеют дело с решениями, касающимися жизни и смерти, требуют внимательного изучения. Однако **важ-**

---

<sup>188</sup> Стоматология – область клинической медицины, изучающая этиологию и патогенез болезней и повреждений зубов, челюстей и других органов полости рта и челюстно-лицевой области, разрабатывающая методы их диагностики, лечения и профилактики.

**ные человеческие ценности** поставлены на карту в ходе стоматологического обслуживания:

- облегчение и предупреждение интенсивной боли;
- облегчение и предупреждение менее сильной боли и дискомфорта;
- сохранение и восстановление оральных функций пациентов, от которых зависит питание и речь;
- сохранение и восстановление физической внешности пациентов;
- сохранение и восстановление контроля пациентов над своими телами.

Все эти предметы важные и практикующие врачи-стоматологи, которымверяют реагировать на них в соответствии с профессиональными нормами, в результате, часто сталкиваются лицом к лицу со сложными этическими вопросами.

Почти каждый практикующий врач-стоматолог регулярно имеет дело с этическими дилеммами, подобными этим:

1. Когда практикующий врач-стоматолог, осматривая нового пациента, обнаруживает факт плохой стоматологической работы? Что он должен сказать пациенту? Должен ли стоматолог связаться с предыдущим врачом, чтобы обсудить дело? Или стоматолог обязан обратиться в местное стоматологическое общество?

2. Этично ли врачу-стоматологу заниматься саморекламой, заверяя, что его практика сделает «счастливые улыбки», а также качественное стоматологическое обслуживание, или подобное рекламирование является фальшивым и существенно вводящим в заблуждение?

3. Может ли практикующий врач-стоматолог, намереваясь рекомендовать эстетическое лечение, сказать пациенту, что его зубы непривлекательны, несмотря на то, что пациент не просил об этом и не выказал недовольства своей внешностью?

4. Может ли иметь оправдание врач-стоматолог, манипулирующий данными относительно вида страхования для того, чтобы обеспечить лучшую или более своевременную терапию пациенту, который не мог бы иным способом позволить её себе? Этично ли стоматологу воздержаться от рекомендации лучшего разряда терапии пациенту, чья страховка обеспечивает практикующему врачу-стоматологу фиксированную оплату в течение года за всё лечение, в котором пациент может нуждаться, и рекомендовать в клиническом отношении приемлемую, но минимальную форму терапии, так как стоматолог знает, что оплата обеспечит покрытие только минимальной терапии, а пациент вполне может нуждаться в дополнительном лечении в течение оплачиваемого периода? В каком размере стоматолог обязан профессионально нести потерю дохода, чтобы предоставить пациенту необходимую, но не экстренную терапию?

5. Этично ли практикующему врачу-стоматологу отказаться лечить пациента с чрезвычайно инфекционной болезнью? Какие обязательства имеет врач-стоматолог относительно информации, что такой пациент является носителем инфекции?

6. Как должен вести себя врач-стоматолог с совершеннолетним пациентом, который не может полностью участвовать в принятии решения относительно стоматологической помощи. Обусловливаются ли соображения лечения таким основанием, как эта неспособность принимать решения? Что должен делать врач-стоматолог, когда опекун несовершеннолетнего или некомпетентного совершеннолетнего пациента отказывается санкционировать наилучший вид терапии для такого пациента? Что может предпринять стоматолог, чтобы добиться сотрудничающего поведения от юного или с детства недееспособного пациента, который нуждается в стоматологической помощи, но не поддаётся контролю в кресле.

7. Обязаны ли врачи-стоматологи предупреждать своих пациентов о рисках, связанных с курением и другими зависимостями от наркотических веществ, даже если пациенты не желают слушать об этом?

8. Какие обязанности имеет врач-стоматолог и к кому, когда он узнаёт о том, что другой врач-стоматолог зависит от наркотических веществ, что, вероятно, отразится на услуге, которую он предоставляет?

Особые требования профессионального обязательства стоматолога в любом частном аспекте профессиональной практики будут зависеть от специфических фактов и обстоятельств ситуации. Но **основные категории профессиональных обязанностей** врачей-стоматологов могут быть удобно рассмотрены под этими восемью рубриками:

Кто составляет главную клиентуру стоматологии?

Каковы идеальные отношения между врачом-стоматологом и пациентом?

Каковы центральные ценности стоматологической практики?

Каковы нормы компетенции для стоматологической практики?

Каким убыткам подвергается врач-стоматолог в профессиональном отношении, и в каких отношениях его обязанности перед пациентом получают приоритет над другими морально релевантными соображениями?

Каково идеальное отношение между стоматологами и другими представителями профессии?

Каково идеальное отношение между стоматологами (и в индивидуальном и в коллективном отношении) и обществом?

Что обязуются делать члены стоматологической профессии, чтобы поддерживать чистоту их обязательства к профессиональным ценностям и воспитывать других?

## **11.2. Проблемы и темы в стоматологической этике.**

### **11.2.1. Главный клиент.**

Любая профессия имеет человека или группу людей, благополучие которых поручается обслуживать преимущественно членам этой профессии. Пациент в стоматологическом кресле, несомненно, является наиболее явным из главных клиентов врача-стоматолога. Но стоматологи имеют также профессиональные обязательства перед пациентами в приёмной и перед всеми своими записанными пациентами, и, что требует обоснования, перед обществом, в особенности в вопросах общественного здоровья. Когда эти обязательства вступают в противоречие, относительный вес из всех обязательств, которые имеет стоматолог к каждому из них, предпочтение обычно получает пациент в стоматологическом кресле перед другими. Но иногда пациент в кресле уже получил необходимую ему помощь в сравнении с другими пациентами. Сравнительные оценки степени потребности пациентов предполагаются также. Это тема, которая мало обсуждалась в литературе по стоматологической этике, и поэтому она заслуживает тщательного внимания.

### **11.2.2. Идеальное взаимоотношение между профессионалом и пациентом.**

Какое взаимоотношение между врачом-стоматологом и пациентом в кресле является правильным, когда они выносят оценки и делают выборы по поводу обслуживания пациента? Существует ряд различных способов понимания этого идеального взаимоотношения между стоматологом и полностью компетентным совершеннолетним пациентом:

- первый связан с врачом-стоматологом, самостоятельно принимающим решение, которое определяет действие;
- второй – с решением, принимаемым одним пациентом;
- третий – с таким решением, в котором в разном отношении участвуют обе стороны.

С конца 60-х годов признанная норма стоматологической практики изменилась в сторону третьей модели, модели совместного участия в оценке и выборе относительно лечения. Правовая доктрина информированного согласия определяет минимальный стандарт такого распределения участия в принятии решения, установленный для врачей-стоматологов и их пациентов. Однако стоит ещё задаться вопросом, выражает ли полностью информированное согласие идеальное отношение между врачом-стоматологом и полностью компетентным пациентом<sup>189</sup> (см. главу 5).

---

<sup>189</sup> Segal H., Warner R. "Informed Consent in Dentistry". Journal of the American Dental Association 99, no. 6:957-958, 1979; Ozar D. "Three Models of Professionalism and Professional Obligation in Dentistry". Journal of the American Dental Association 110, no. 2:173-177, 1985; Hirsch A., Gert B. "Ethics in Dental Practice". Journal of the American Dental Association 113, no. 4:599-603, 1986.



Кроме того, какое взаимоотношение между врачом-стоматологом и пациентом, который не может полностью участвовать в принятии решения относительно лечения, является правильным? Какова истинная роль стоматолога в этом отношении? Какова роль пациента, вплоть до предела способности пациента участвовать в принятии решения. Какова истинная роль других участвующих лиц? На практике, большинство стоматологов зависят от выборов родителей и опекунов таких пациентов, когда они отвечают требованиям и когда эти выборы участвующих лиц не наносят вред оральному или общему здоровью пациентов. Но нет ясного согласия, в самой стоматологии или в обществе, по поводу того, как стоматология должна поступать, когда эти условия отсутствуют. Литература по этике стоматологии только начинает внимательно обсуждать взаимоотношение врача-стоматолога с пациентами уменьшенной способности к принятию решения или не имеющими способности принимать решения совсем.

### ***11.2.3. Иерархия центральных ценностей.***

Независимо от риторики многих профессий по вопросу, нет профессии, которая фактически может быть экспертом в создании полного благополучия своих клиентов. Имеется взамен определённый набор ценностей, которые являются соответствующим центром специальной компетенции каждой профессии. Эти ценности можно назвать **центральными ценностями** этой профессии. Они определяют и/или устанавливают на практике параметры для большей части аспектов оценок профессионала. Они – критерии, по которым клиента первым делом оценивают, нуждается ли он в профессиональной помощи, и по которым эти нужды оцениваются, чтобы удовлетворить их вмешательством профессионала.

Итак, каковы центральные ценности стоматологии и стоматологической практики? Кроме того, если существует более чем одна ценность, как ранжировать несколько центральных ценностей? Одно из предложений состоит в том, что центральные ценности стоматологической профессии следуют в таком порядке:

1. жизнь и общее здоровье пациента;
2. оральное здоровье пациента, понимаемое как пригодное и свободное от боли оральное функционирование;
3. автономия пациента, в пределах, в которых он способен на неё, сверх того, что происходит с его телом (включая ранжировку пациентом здоровья, комфорта, стоимости, эстетических соображений и других ценностей);
4. предпочитаемые со стороны стоматолога образцы практики (включая различные философии стоматологической практики);
5. эстетические соображения с точки зрения квалифицированной стоматологической практики;

А.Н. Бартко, Е.П. Михаловска-Карлова. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы.

6. соображения эффективности с точки зрения врача-стоматолога, которые могут включать в себя соображения стоимости.<sup>190</sup>

Индивидуальное стоматологическое вмешательство может добиваться в большей или меньшей степени любой из этих ценностей, и каждая из этих ценностей будет более или менее необходимой индивидуальному пациенту. Врач-стоматолог стремится привлечь во внимание детали каждой ситуации и максимизировать центральные ценности стоматологии, в соответствии с их ранжируемым приоритетом, в каждой встрече с каждым пациентом.

#### **11. 2.4. Компетентность.**

Каждый профессионал обязан изучать и поддерживать специальные знания, необходимые для того, чтобы взять на себя профессиональные обязанности. Любой профессионал обязан брать на себя только те обязанности, которые находятся в пределах его компетентности. Поэтому каждому врачу-стоматологу, на практике, требуется делать искусные заключения по поводу того, имеет ли он достаточную компетентность, чтобы ставить пациенту некоторый диагноз или выполнить некоторую процедуру при данном стечении клинических обстоятельств, в особенности, когда она содержит что-то неординарное.

Стоматологическое общество, но не общество в целом, по необходимости устанавливает детали стандартов компетентности, потому что для этого необходимы специальные стоматологические знания. Но более широкое сообщество на законном основании может требовать ответа, чтобы понимать предполагаемые резоны, особенно в отношении выборов между качеством обслуживания и доступа к нему, которые неизбежно содержит контекст таких стандартов.

#### **11.2.5. Убыток и относительная приоритетность благополучия пациента.**

Большинство социологов, изучающих профессии, и большая часть профессиональной литературы о своей профессии упоминают "обязательство обслуживать" или "обязательство к публике" как одну из характерных особенностей профессии. Описания своей профессии стоматологией в этом отношении являются похожими. Но эти изображения допускают много различных интерпретаций с разными значениями для текущей практики. Например, в отношении видов убытков, которые обязаны нести в профессиональном отношении врачи-стоматологи ради своих пациентов, или видов риска для жизни и здоровья, финансового благополучия или репутации, которые может быть стоматолог обязан мужественно переносить.

Связанный с этим вопрос правильного отношения между предпринимательством и обязательством перед пациентом, и жертвы личным интересом,

---

<sup>190</sup> Ozar D., Sokol D. Dental Ethics at Chairside: Professional Principles and Practical Applications. - St. Louis, Mo.: Mosby-Yearbook, 1994.

которые это обязательство подразумевает, обсуждались в любой период существования профессии. Согласие существует в том, что оральное и общее здоровье пациента, в особенности в чрезвычайных ситуациях, требует существенных жертв личным удобством и финансовым интересом со стороны врача-стоматолога. С приходом ВИЧ-инфекции и СПИДа, ещё более неотложные значения обязательства давать пациенту приоритет, включая возросший риск инфекции, также стали интенсивно обсуждаться.

### ***11.2.6. Отношения с другими представителями профессии.***

Каждая профессия имеет нормы, обычно в значительной степени неявные и не сформулированные, относительно правильного взаимоотношения между представителями профессии. Например, врач-стоматолог мог бы относиться к другим врачам стоматологам как к конкурентам на рынке, или как к бенефициариям в монополии, которую даёт им их особое специальное знание на рынке, или другими способами. Каково идеальное отношение между стоматологами и как оно связано с тем фактом, что они являются представителями одной и той же профессии, а не только конкуренты на том же самом рынке?

Как должен поступить врач-стоматолог в отношении плохой работы другого стоматолога, когда её последствия обнаруживаются в ротовой полости нового пациента или пациента, который обращается за специализированной помощью. Врач-стоматолог, который обнаруживает плохую работу, мог бы информировать о своём мнении, что была проделана плохая работа, или мог бы скрыть своё мнение от пациента. Он может связаться с врачом-стоматологом, чья работа имела плохой результат, или, возможно, с местным стоматологическим обществом. Каков правильный баланс между обязательствами перед этим и другими пациентами и обязательствами перед собратом стоматологом? Как и в других профессиях, обязательства перед пациентом обычно получают преимущество в стоматологии, но этот принцип не даёт автоматического ответа на сложности таких ситуаций.

Взять другой пример: так как всё больше и больше стоматологов, получающих высшее образование, оказывается в финансовом отношении не в состоянии организовать практику самостоятельно, какое отношение между предоставляющим работу стоматологом и работающим по найму стоматологом является правильным? Эти взаимоотношения иногда являются выгодными для обеих сторон, а иногда в этическом отношении проблематичными, как в случаях, когда внутренние стандарты интенсивности труда заставляют работающего по найму стоматолога предоставлять услугу, которая ниже уровня качества, который он считает соответствующим. Профессиональная литература только начинает обсуждать эти отношения как этические, а не просто практические или деловые вопросы.

Имеются также ситуации, в которых члены различных профессий заботятся о тех же самых пациентах. Много стоматологов, например, работают в

очень тесном сотрудничестве со стоматологами гигиенистами,<sup>191</sup> чьи профессиональные навыки и центральные профессиональные ценности близко связаны, но существенно отличаются от профессиональных навыков и ценностей стоматологов. В самых лучших отношениях, их различия дополняют друг друга к выгоде пациента. Но в других ситуациях, навыки стоматолога гигиениста могут принижаться или статус стоматологической гигиены как профессии оспариваться. Безусловным в этических обязательствах каждой профессии является обязательство развивать отношения, которые наиболее способствуют и взаимному уважению и благосостоянию пациентов.

### **11.2.7. Отношения между стоматологами и более широким сообществом.**

Деятельность любой профессии включает многочисленные отношения с более широким сообществом в целом и с важными его подгруппами. И стоматологическая профессия, и индивидуальные стоматологи имеют обязательства контролировать качество стоматологической работы и практики, сообщать и адресовать случаи плохой работы и неэтичной практики. Они также касаются сообщества в качестве образовательного фактора стоматологического здоровья, как прямыми образовательными усилиями, так и контролем надежности и эффективности продуктов стоматологического обслуживания, предлагаемого публике. Отношения стоматологов с более широким сообществом влекут за собой обязанности относительно соответствующих стандартов для рекламы товаров и услуг. Стоматологи играют важную роль в усилиях общественного здравоохранения, и в поддержании общественного орального здоровья и также в отношении серьезных эпидемических болезней, подобно инфекции ВИЧ, в более широком сообществе. Индивидуальные стоматологи и стоматологическая профессия в целом также имеют обязательства относительно доступа к стоматологическому обслуживанию для людей с неудовлетворенными стоматологическими потребностями. Стоматологи также обязаны быть, и в образовательном отношении и политически, активными, когда вырабатываются политики, определяющие, как общество будет распределять ресурсы здравоохранения.

### **11.2.8. Организованная стоматология.**

В конечном счете, содержание обязательств со стороны профессии – результат диалога между профессией и более широким сообществом, которое доверяет ей и ее членам практически с высокой степенью автономии, включая полномочие саморегулирования. В случае стоматологии, этот диалог часто трудно уловим и неформальный. Кодексы этики, сформулированные профессиональными организациями и в государственных законодательствах по сто-

---

<sup>191</sup> **Стоматолог гигиенист** – Лицензированный профессиональный помощник стоматолога, который обучает гигиене полости рта и является практикующим врачом; применяет профилактические, лечебные и воспитательные методы для профилактики заболеваний полости рта.

матологической практике, никогда ясно не формулируют больше, чем маленькую часть содержания. Если более широкое сообщество не имело никакого участия в этом диалоге, доверие к профессии не будет иметь значения, но сообщество осуществляет роль часто более пассивной терпимостью, чем активной артикуляцией. Так что инициатива обычно выпадает сначала на долю членов профессии, которые ясно формулируют, в слове и действии, текущее понимание этических обязательств их профессии внутри данного общества.

Хотя стоматологическая профессия, собственно говоря, включает любого стоматолога, кто практикует компетентно и этически, профессиональные организации стоматологии говорят от имени профессии наиболее авторитетно и к ним больше всего прислушиваются. Следовательно, эти организации в особенности имеют обязательство способствовать рефлексии и делать вклад в обсуждение стоматологической этики. Например, стоматологические организации, типа Американской Стоматологической Ассоциации (АСА) и Американская Коллегия Стоматологов (АКС), были очень активны в отношении к этическим проблемам. Имели место также проблемы, которые временно сосредоточили внимание многих стоматологов на моральных обязательствах стоматологии. Например, когда Совет АСА по стоматологической терапии впервые санкционировал коммерческое средство для чистки зубов,<sup>192</sup> и когда АСА впервые изложила свою политику относительно обязательства стоматологов лечить ВИЧ положительных пациентов.<sup>193</sup>

## УКАЗАТЕЛЬ.

---

<sup>192</sup> Dummett, Clifton O., and Dummett, Lois D. *The Hillenbrand Era: Organized Dentistry's "Glanzperiode."* Bethesda, Md.: American College of Dentists, 1986.

<sup>193</sup> Ozar, David T. "AIDS, Ethics, and Dental Care." In *Clark's Clinical Dentistry*, rev. Ed., vol.3, pp.1-21. — Philadelphia: Lippincott, 1993.

А.Н. Бартко, Е.П. Михаловска-Карлова. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы.

Александр Николаевич Бартко  
Екатерина Петровна Михаловска-Карлова  
Научно-педагогическое издание  
Учебник

## БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА: ТЕОРИЯ, ПРИНЦИПЫ И ПРОБЛЕМЫ.

### Часть 2

## ПРИНЦИПЫ И ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ БИОМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ

В авторской редакции. Подписано в печать 15.11. 1999.  
Формат 60×90/16. Печать офсетная. Усл. Печ. л. 18,6.  
Тираж 1000 экз. Зак. № 280.

Издательство ММСИ. Москва, 103473, ул. Делегатская, 20, 1.

Отпечатано с оригинал-макета издательства ММСИ в типографии «Знание».  
Москва, Центр, Новая пл., д. 3/4.