**Этические проблемы аборта, контрацепции и стерилизации**

      Искусственный аборт, контрацепция и стерилизация - это современные формы медицинского вмешательства в репродуктивную способность человека. В XX веке оно приобретает массовый характер и происходит на фоне принципиальных изменений его нравственной оценки и юридического статуса. Цивилизованный мир - прежде всего государства Европы, США, Россия - пытается освободиться от традиции, в которой они существовали практически пятнадцать веков. Речь идет о традиции морально-религиозного осуждения и законодательного запрещения абортов. Известно, например, что плодоизгнание каралось смертной казнью во всех европейских государствах на протяжении нескольких столетий. За последние сорок лет в результате длительных дискуссий и обсуждений произошла отмена законодательного запрета или его ослабление в той или иной степени в Швеции (1946), в Англии (1967), во Франции (1979), в США (1973), в Италии (1978), в Испании (1978), в Нидерландах (1981), в Норвегии (1978). В то же время остаются еще государства, которых не затронула легализация абортов. Это страны с устойчивой католической культурой (например, Португалия).   
      С начала XX века и до сих пор вопрос о легализации абортов остается поводом для дискуссий специалистов, демонстраций граждан, заседаний парламентов. Острота в обсуждении проблем аборта сохраняется, несмотря на то, что эта проблема "стара как мир". Исторически отношение врача к аборту является одной из первых и основных этико-медицинских проблем, сохраняющих свою актуальность и сегодня. Это объясняется тем, что проблема аборта концентрирует в себе отношения между людьми на уровне нравственного, юридического, социально-политического, религиозного, научного сознания. Рассмотрев проблему аборта на каждом из этих уровней, можно ответить на вопрос, почему она является основной и принципиальной проблемой современной биомедицинской этики.  
  
      **Этико-медицинский уровень проблемы аборта**  
  
      Вопрос об отношении врачей, медицинских сообществ и ассоциаций к практике искусственного аборта имеет свою историю и свою логику. В этой логике есть две противоположные позиции. Движение от одной из них к другой и составляет историю вопроса об этико-медицинском отношении к плодоизгнанию.   
      Первая позиция выражена в Клятве Гиппократа. Среди многочисленных врачебных манипуляций Гиппократ специально выделяет плодоизгнание и обещает: "Я не вручу никакой женщине абортивного пессария" [ 1 ]. Так, в V в. до н.э. Гиппократ фиксирует позицию врачебного сословия о этической недопустимости участия врача в производстве искусственного выкидыша. Эта позиция тем более важна, что прямо идет вразрез с мнением великих моралистов и законодателей Древней Греции о естественной целесообразности аборта. Их взгляды обобщает и выражает Аристотель, который писал в "Политике": "Если же у состоящих в супружеском сожитии должен родиться ребенок сверх (этого) положенного числа, то следует прибегнуть к аборту, прежде чем у зародыша появится чувствительность и жизнь" [ 2 ].   
      В качестве второй позиции могут быть рассмотрены документы Ассоциации врачей России, В "Клятве российского врача" и в "Этическом кодексе российского врача", принятых в ноябре 1994 г. на 4-й Конференции Ассоциации, отношение к искусственному аборту никак не обозначено. Хотя на этой конференции высказывалось предложение включить в эти документы вопрос об этическом отношении Ассоциации к искусственному аборту, что особенно актуально для нынешней кризисной демографической ситуации в России, однако это предложение не было принято. Такой подход выявил разрыв не только с принципом Гиппократа, но и с этическими традициями российского медицинского сообщества, существовавшими в России до 1917 года.   
      С начала XX века на страницах русских медицинских журналов и газет весьма интенсивно разворачивалось обсуждение этико-медицинских проблем искусственного аборта. Так, в 1900 г. доктор Э.Катунский писал: "У акушера нет ни нравственного, ни юридического права производить эмбриотомию над живым плодом" [ 3 ]. В 1911 г. доктор Т.Шабад констатирует, что аборт - "это социальное зло". В то же время он практически один из первых ставит вопрос о "праве матери распоряжаться функцией своего тела", особенно в случае угрозы ее жизни. Фактически Шабад стоит у истоков либерального подхода к искусственному аборту, пытаясь найти аргументы против господствующего принципа, который, например, в католицизме был выражен так: "Вечная жизнь ребенка дороже временной жизни матери" [ 4 ]. При этом он ссылается на принцип иудейского врача и богослова Маймонида: "не следует щадить нападающего", который он трактует как разрешение на убийство ребенка в утробе матери, совершаемое врачом для спасения жизни матери. Такое действие не является преступным и не должно быть наказуемо.   
      Осуждение уголовного наказания матери и врача было итогом работы XII Пироговского съезда в 1913 году. Тем не менее на съезде и после него, в обсуждениях его итогов, основная тенденция в российском врачебном мире - моральное неприятие аборта - сохраняется.   
      Так, например, д-р Л.Личкус, выступая на съезде, говорил: "Преступный выкидыш, детоубийство и применение противозачаточных средств - симптом болезни современного человечества" [ 5 ]. Российские врачи с тревогой констатировали образование особого класса "профессионалов-плодоистребителей", нелицеприятно называя их "выкидышных дел мастерами". Вот точка зрения д-ра Я.Выгодского (из стенограммы съезда): "Принципиальный взгляд на выкидыш как на зло и убийство должен быть сохранен, производство выкидыша как профессия для врача недопустима" [ 6 ]. Проф. Б.Ф.Вериго полагал, что "всякий же аборт, произведенный врачом за плату, должен быть наказуем, тогда как всякий аборт, произведенный врачом бескорыстно, не должен считаться преступлением" [ 7 ]. Д-р Д.Жбанков писал: "Неопровержима связь между культурой настоящего времени и упадком ценности жизни, как своей, так и чужой: выкидыш и самоубийство - явления одного порядка" [ 8 ]. И еще одно мнение: "Ни один уважающий себя врач, правильно понимающий задачи медицины, не будет делать выкидыш по исключительному желанию женщины, а всегда будет руководствоваться строгими медицинскими показаниями. Мы, врачи, всегда будем чтить завет Гиппократа, что задача медицины сохранять и удлинять человеческую жизнь, а не разрушать ее, хотя бы и в зародышевом состоянии" [ 9 ].   
      XII Пироговский съезд, признав неморальность искусственного выкидыша, тем не менее пришел к выводу, что государству необходимо отказаться от принципа уголовной наказуемости плодоизгнания. В резолюции Съезда от 2 июля 1913 года сказано: "1. Уголовное преследование матери за искусственный выкидыш никогда не должно иметь места. 2. Также должны быть освобождены от уголовной ответственности и врачи, производящие искусственный выкидыш по просьбе и настоянию. Исключение из этого положения должны составлять врачи, сделавшие искусственный выкидыш из корыстных целей своей профессией и подлежащие суду врачебных советов" [ 10 ].   
      Итогом широкого обсуждения в печати морально-этических проблем аборта в начале века было различение и разведение вопросов об его этической недопустимости и уголовной наказуемости.  
  
      **История вопроса о юридическом статусе плодоизгнания**  
  
      Как известно, в Древней Греции и Древнем Риме плодоизгнание не считалось преступлением. Начиная со II века н.э. христианство распространяет заповедь "не убий" и на находящийся во чреве матери зародыш. Нормоформирующей установкой по этому вопросу становится постановление Константинопольского Собора 692 года, в котором говорится: "Разницы нет, убивает ли кто-либо взрослого человека или существо в самом начале его образования" [ 11 ]. К каноническим относится и суждение Василия Великого (IV-V вв. н.э.): "Умышленно погубившая зачатый в утробе плод подлежит осуждению как за убийство" [ 12 ]. Эти идеи проникают в светское законодательство европейских государств с начала средних веков. В VII веке законодательство вестготов устанавливает в качестве наказания за изгнание плода смертную казнь. Такой подход является типичным для европейского законодательства Средних веков и Нового времени. В 1649 г. смертная казнь за плодоизгнание была введена в России.   
      Под влиянием христианской морали и законов в XV, XVI, XVII веках аборт как медицинская операция практически исчезает из врачебной деятельности. Поворотным становится 1852 г. После упорной борьбы в Парижской медицинской академии, под давлением вопиющей статистики женской смертности при кесаревом сечении, аборт снова , вступает в число акушерских операций в случаях анатомического сужения таза у беременных женщин. Вслед за этим медицинская наука начинает отстаивать и другие медицинские показания к искусственному аборту, и прежде всего в тех случаях, где беременность угрожает жизни матери. Смертная казнь за плодоизгнание начинает вытесняться из законодательств европейских государств, сохраняя за собой при этом статус преступления "против жизни, против семьи и общественной нравственности".   
      В первом русском уголовном кодексе 1832 года изгнание плода упоминается среди видов смертоубийства. Согласно статьям 1461,1462 Уложения о наказаниях 1885 года искусственный аборт карался четырьмя-пятью годами каторжных работ, лишением всех прав состояния, ссылкой в Сибирь на поселение. Новое Уголовное Уложение 1903 года смягчает меры пресечения. "Мать, виновная в умерщвлении своего плода, наказывается заключением в исправительный дом на срок не свыше трех лет, врач - от полутора до шести лет" [ 13 ].   
      Подлинная революция в законодательстве относительно абортов происходит в России после 1917 года. 18 ноября 1920 года вступает в силу Постановление Наркомздрава и Наркомюста, которое полностью легализует искусственный аборт: "Допускается бесплатное производство операции по искусственному прерыванию беременности в обстановке советских больниц, где обеспечивается ей максимальная безвредность" [ 14 ], Россия становится первой страной мира (не считая Франции периода революции 1791-1810 гг.), где происходит полное освобождение женщин и врачей от уголовной ответственности. Запрещение абортов в 1936 году сменилось их легализацией в 1955 г. Легализация была продолжена и в Законе РСФСР о здравоохранении 1971 г. и в Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан 1993 г. Последнее законодательство отличается четкой регламентацией медицинской процедуры: по желанию женщины аборт производится до 12 недель беременности, по желанию женщины и социальным показаниям -до 22 недель, по желанию женщины и медицинским показаниям - независимо от срока беременности [ 15 ].   
      Динамика юридических санкций - от смертной казни до полной легализации (не только в России, но и в Европе) - ставит вопрос о причинах таких кардинальных перемен, происходящих в течение последних сто лет. Ответ на этот вопрос предполагает выход на уровень социально-политических процессов.  
  
      **Социально-политические аспекты проблемы аборта**  
  
      Большинство исследователей полагают, что основная причина юридической легализации искусственного выкидыша - это массовый "эпидемический" рост числа абортов, которые в неблагоприятных условиях "подполья" калечили и уносили огромное число жизней. У этой точки зрения есть свои основания, но есть и недостатки. Ее логика аналогична суждению: если патология приобретает массовый характер, то она должна превратиться в "норму". Кроме того, эта точка зрения предполагает следующий вопрос: в чем причины самой этой массовости?   
      Отвечая на него, долгое время полагали, что рост числа искусственных выкидышей стимулировали экономические основания - тяжелые материальные условия, нужда, бедность. Но эти аргументы не выдерживали критики уже в предреволюционной России, когда статистика свидетельствовала о практически равном числе абортов среди обеспеченных слоев населения и в малообеспеченных семьях.   
      В начале XX века весьма влиятельным был социально-политический подход к проблеме аборта. Я.Либерман в 1914 году утверждал: "Дайте женщине равное с мужчиной положение в обществе, повысьте уважение к ее личности, уничтожьте презрение к внебрачной матери и ее детям, создайте условия, обеспечивающие существование всех рождающихся детей, признайте право на материнство и охраняйте его, воспитайте в подрастающих поколениях чувство уважения к институту материнства, обеспечьте каждую мать на время беременности и кормления ребенка - и не будет никакой надобности в уголовной репрессии для сохранения прироста населения и общественной нравственности... и наступит то блаженное время, когда врачам не придется прибегать к нему (аборту - И.С.)... ибо к ним (за редким и малым исключением) для этого и не будут обращаться" [ 16 ].   
      За годы советской власти эти условия были практически созданы, по крайней мере на уровне официальной идеологии, что тоже значимо. Тем не менее в 1986 г. в СССР было произведено только официально зарегистрированных - 7 млн. 116 тыс. абортов, в 1988 г. - 7 млн. 265 тыс. Относительный показатель искусственных абортов в СССР был самым высоким в мире - на 1000 женщин 15-44 лет - 120 абортов (с учетом официально незарегистрированных абортов эта цифра еще более внушительная).   
      Как ни парадоксально, но условия, которые, по мнению Либермана, должны были привести к ликвидации потребности в искусственных абортах, напротив, стали новым мощным основанием роста этой потребности. Равное с мужчинами положение женщины в обществе, включение ее в общественно-полезную трудовую деятельность, заботы о карьере, т.е. социально-активный образ жизни, потребности современного общественного производства в женском труде - факторы, обеспечивающие постоянный и гарантированно-высокий уровень числа абортов.   
      На фоне социально-политических факторов весьма условным выглядит психоэмоциональный мотив аборта - "стыд за грех", "страх позора", который скорее работает в государствах с устойчивой религиозной культурой, хотя говорить о подлинно религиозных мотивах подобных поступков, естественно, неуместно. Мотивы психоэмоционального уровня наполняются новым содержанием - боязнь общественного мнения, приспособление к социально-бытовым стандартам.   
      Один из них - организационная структура здравоохранения, предусматривающая существование специальных направлений, обеспечивающих производство абортов, разработку медицинских методик искусственного аборта, анестезиологическое обеспечение, подготовку специальных медицинских кадров. Современная технологическая комфортность искусственного прерывания беременности, его общедоступность, бесплатность - благоприятные условия не только производства, но и гарантия устойчивого воспроизводства практики абортов.   
      Перечисленные факторы, взаимодополняя друг друга, не могли и не могут существовать в морально-мировоззренческом вакууме. В настоящее время наиболее влиятельной формой морально-мировоззренческого оправдания абортов является либеральная.  
  
      **Либеральный подход к проблеме аборта**  
  
      Если законодательства государств Европы и Америки, запрещающие медицинскую практику абортов вплоть до 1-й половины XX века, были сформированы под влиянием морально-религиозных установлении, то современные законодательства, легализирующие аборты, имеют своим основанием либеральную идеологию.   
      Либеральное оправдание аборта базируется на двух принципах. Первый - это право женщины распоряжаться своим телом. Второй - отрицание личностного статуса плода.   
      **Первый принцип** - "право женщины распоряжаться своим телом" - завоевывал себе место в европейской культуре с трудом. Его первые рубежи - это так называемые медицинские показания к аборту, т.е. специфически медицинские случаи, например, анатомически узкий таз, или гидроцефалия плода (водянка мозга), когда рождение ребенка ставит жизнь матери под угрозу. Постепенно происходило расширение медицинских показаний, к ним стали относить болезни сердца, почек, туберкулез, душевные болезни, наследственные заболевания и т.п.   
      В первой половине XIX века входит в оборот понятие "социальные показания", которое вначале включало изнасилование, сношение путем обмана, чрезмерная нужда. Постепенно объем понятия расширяется, и оно начинает включать "желание мужа", "неблагоприятную семейную жизнь", "желаемое количество детей". В итоге цивилизованный мир приходит к признанию права женщины быть совершенно автономной в принятии решения о прерывании беременности и не только в первой ее трети. Например, в случаях больших сроков беременности, согласно "Инструкции о порядке разрешения операции искусственного прерывания беременности по немедицинским показаниям" 1988 г. основаниями немедицинского характера для прерывания беременности по желанию женщины являются -"смерть мужа во время беременности, пребывание женщины или ее мужа в местах лишения свободы, лишения прав материнства, многодетность (число детей свыше пяти), развод во время беременности, инвалидность у ребенка. Если у женщины есть основания, не предусмотренные настоящей инструкцией, то вопрос о прерывании беременности решается комиссией (медицинского учреждения - И.С.) в индивидуальном порядке". И если, как правило, такие операции достаточно дороги (весной 1994 г. - 400 тыс. руб. - 2,5 средней месячной зарплаты), то в Москве, например, существуют такие медицинские организации, которые осуществляют аборты только с большим сроком беременности и совершенно бесплатно. Это медицинские научно-исследовательские учреждения, использующие эмбриональный материал поздних сроков беременности (18-22 недели) для фетальной терапии.   
      С 1996 года в России согласно распоряжению премьера Виктора Черномырдина действует расширенный перечень социальных показаний для искусственного прерывания беременности сроком до 22 недель. 22 недели - это срок реальной выживаемости и жизнеспособности родившихся в этом возрасте детей. Лишать детей этой жизнеспособности могут женщины, признанные безработными или имеющие безработного мужа, женщины, не имеющие жилья, проживающие в общежитии или на частной квартире и т.п. Либеральность подобного распоряжения может быть сравнима только с либеральностью Постановления Наркомздрава и Наркомюста 18 ноября 1920 года, согласно которому Россия стала первой страной мира, полностью легализовавшей искусственный аборт.   
      Либеральная легализация аборта окончательно развела юридическое и моральное измерение проблемы. Это разведение разделяет и религиозно-философская, т.е. консервативная, в нашей терминологии, позиция. Например, Е.Н.Трубецкой в своей докторской диссертации "Религиозно-общественный идеал западного христианства в XI веке" прослеживает организующую роль исторического христианства в политической жизни современных культурных народов и приходит к выводу, что смешение "порядка благодатного с порядком правовым" обрекает "порядок благодатный" на утрату своей силы [ 17 ].   
      Данная Богом сущностная, внутренняя свобода человека вряд ли может быть безусловно и окончательно ограничена какими бы то ни было внешними, в данном случае властными, факторами, в том числе и государственным законодательством. Неуспех правового запрещения и ограничения этой свободы (в случае прерывания беременности) даже под страхом суровых наказаний - лишь еще одно тому доказательство. Единственно, кто может ограничить свою сущностную свободу - это сам человек. Одно из толкований греха связано с пониманием греха "не как непослушания, а как утерю свободы" [ 18 ]. Женщина, делающая аборт, теряет свою свободу, - утрачивает дар быть матерью. И какие бы "показания" ни сопровождали данную потерю, это в христианской традиции проявление социального и нравственного зла.   
      Не разделяя идей традиционной морали, либеральное сознание выстраивает свою аргументацию "моральности аборта". Исходным в этой аргументации является принцип: "право женщины на аборт". Анализ этого суждения выявляет, что оно имело свой смысл скорее в условиях борьбы либерализма с консервативным законодательством, преследующим производство абортов, нежели в условиях господства либерального законодательства, разрешающего производство абортов. В этой ситуации принцип "права женщины на аборт" как "ценность" борьбы теряет свой позитивный смысл. Поэтому в арсенале либеральной идеологии появляется принцип "право женщины на собственное тело", или "право женщины распоряжаться функцией своего тела." Но без конкретного медицинского содержания использование этого суждения вряд ли целесообразно. Известно, что метафизическим основанием либерального сознания является натуралистическо-материалистическая антропология. Согласно последней, человек - это "психоматериальная телесность", "осознающая сама себя материя", и даже "тело и только тело" (Ф.Ницше). С другой стороны, сторонники абортов утверждают, что зародыш человеческого существа фактически ничего из себя не представляет, кроме "сгустка тканей" или "кровавой массы" [ 19 ]. В свете сказанного суждение "право женщины на аборт" превращается в суждение "право тела на собственное тело" или "право тела распоряжаться функцией своего тела". Может ли такое суждение выполнять роль регулирующей нормы или ценности?   
      "Отрицание личностного статуса плода" - второй основополагающий принцип защитников абортов. Действительно, если исходить из понимания морали как системы идей, регулирующей отношения между людьми, то необходимо, по крайней мере формально, наличие двух субъектов этого отношения - "человек - человек". Если при этом допустить, что плод - это не человек, то, в силу отсутствия второго субъекта морального отношения, аборт - это вообще не моральная проблема. Принятие решения об аборте - это результат вычисления тех или иных интересов, баланса жизненных обстоятельств, но ни в коем случае не моральный поступок. Но можно ли допустить, что плод - это только "сгусток тканей", а не человек?  
  
      **Проблема статуса эмбриона**  
  
      Человеческое существо, развиваясь, проходит ряд стадий - от оплодотворенной клетки до личности. В какой момент на этих стадиях начинается жизнь? Можно ли поставить знак равенства между понятиями - "человек", "эмбрион", "плод", "ооцит", "зародыш"? В какой момент человеческое существо становится моральным субъектом? Конкретные ответы, которые давали культура и наука, менялись от эпохи к эпохе.   
      Согласно древней восточной традиции возраст человека отсчитывается с момента зачатия. В древней западной цивилизации было распространено мнение, что жизнь начинается с рождения. Долгое время врачи связывали начало жизни плода с первым "шевелением". В католической церкви со времен позднего средневековья, благодаря разработкам Фомы Аквинского, работала аристотелевская концепция "одушевления" (на 40-й день после зачатия у мужчин и на 80-й - у женщин).   
      Естественнонаучная, или физиологическая, позиция относительно "начала" человеческой жизни отличается от религиозной (метафизиологической) принципиальным отсутствием единого решения даже в пространстве и времени современной культуры. Различные физиологические подходы могут быть объединены лишь по формальному признаку - ответ на вопрос: "Когда начинается человеческая жизнь?" всегда предполагает сведение "начала" жизни к "началу" функционирования той или иной физиологической системы - сердцебиения, легочной или мозговой деятельности. Например, в начале XX века биология связывала "жизнь" с 4-месячным плодом, т.к. "эмбрион до шести недель - простейшая ткань, до двух с половиной месяцев - млекопитающее существо низшего порядка, и именно с четырех месяцев - фиксируется появление мозговой ткани плода, что говорит о возникновении рефлексивно-воспринимающего существа" [ 20 ]. В конце XX века у 6-недельного плода регистрируется электрофизиологическая активность ствола мозга. Примечательно, что исчезновение этих мозговых импульсов у человека является современным юридическим основанием констатации его смерти. Если перенести современный критерий смерти человека - "смерть мозга" - на уровень проблемы определения критерия начала жизни, то, сохраняя логику, именно эти 6 недель - начало активности ствола мозга - необходимо принять как время начала жизни. Но полнота мозговой деятельности связана с сознанием и речью. Нельзя не напомнить, что сознание и язык, как признаки личности, появляются лишь на 2-м году жизни ребенка. Но признание этой цифры за начало человеческой жизни абсурдно и, следовательно, вообще подвергает сомнению вариант, связанный с "мозговым" критерием.   
      Еще один выделяемый физиологический рубеж возникновения человеческой жизни - первое сердцебиение (4 недели). В то же время принципиальным для многих является формирование легочной системы (20 недель), что свидетельствует о возникшей "жизнеспособности" плода. Под жизнеспособностью понимается его способность выжить вне организма матери.   
      В последнее время физиологические рубежи все более выходят на клеточный уровень. Современная микрогенетика располагает двумя подходами. Согласно первому, собственно индивидуум - неповторимая и неделимая целостность - образуется в течение 2-й недели после зачатия в результате полной утраты у родительских клеток способности самостоятельного существования. Другая позиция, распространенная среди микрогенетиков, связывает "начало" человеческой жизни с моментом оплодотворения яйцеклетки как моментом обретения полного и индивидуального набора генов будущего биологического организма. "С точки зрения современной биологии (генетики и эмбриологии) жизнь человека как биологического индивидуума начинается с момента слияния ядер мужской и женской половых клеток и образования единого ядра, содержащего неповторимый генетический материал.   
      На всем протяжении внутриутробного развития новый человеческий организм не может считаться частью тела матери. Его нельзя уподобить органу или части органа материнского организма. Поэтому очевидно, что аборт на любом сроке беременности является намеренным прекращением жизни человека как биологического индивидуума" [ 21 ].   
      Этическое знание предлагает свои ответы на вопросы о том, когда и при каких условиях человеческое существо становится моральным субъектом, т.е. носителем собственно моральных прав, и прежде всего права не быть умерщвленным. К сожалению, говорить о единодушии этических подходов так же не приходится. Согласно одному из них, вопрос о начале жизни человеческого существа может быть решен при условии определения критерия морального статуса человеческого плода. Рациональность, способность к рефлексии, к поступку, к заключению договора и другие подобные критерии морального субъекта, личности отпадают, так как речь все же идет о плоде в утробе матери. Из многочисленных исследований этой проблемы можно выделить еще четыре свойства, которые, по общему мнению, в состоянии выполнить функции критерия. Это - внутренняя ценность, жизненность, рациональность, реакция на раздражители. В результате критического анализа каждого из них, Л.В. Коновалова приходит к выводу, что в ходе применения их к ситуации морального выбора при аборте приемлемым оказывается "единственный критерий - критерий реакции на раздражители, понимаемый в узком смысле как способность ощущать удовольствие и боль, приятное и неприятное" [ 22 ]. Этот критерий выбирается как основание "возможности установить существенное с моральной точки зрения различие между ранним и поздним прерыванием беременности... Это второй триместр беременности (3-6 месяцев)", Совпадение такого подхода с житейскими представлениями, с юридической практикой делает раннее прерывание беременности морально допустимым [ 23 ].   
      Тем не менее, с нашей точки зрения, такой подход вряд ли может быть оценен как безупречный. Моральный статус человеческого существа не определяется набором физиологических реакций и свойств. Такое "определение" сродни уже известному: процедуре сведения морального, этического к биологическому с благой, но не вполне корректной целью объяснения моральных ценностей и норм. Если мы говорим о моральном статусе плода, пытаясь ответить на вопрос о моральности аборта, то лучше всего делать это, находясь в границах самого морального сознания, а не физиологических процедур. При этих условиях плод приобретает моральный статус, соучаствуя в моральных взаимоотношениях. Критерием морального статуса плода является его включенность в моральное отношение, которое возникает, когда плод, эмбрион, зародыш, "сгусток ткани" - становится объектом моральной рефлексии и для матери, в тот или иной критический момент выбора, и для человеческой культуры, которая самой постановкой проблемы о моральном статусе эмбриона уже делает его субъектом фундаментальных моральных прав, проявляя при этом моральные качества человеческого рода в целом, такие как солидарность, долг, взаимоответственность, свобода, любовь, милосердие.   
      Вряд ли целесообразно отрицать эти ценности, которые являются традиционным содержанием морально-этического "должного", несмотря на реальность различных житейских обстоятельств, разных практических интересов и все ситуативное многообразие "сущего". Морально-этическое решение проблемы начала человеческой жизни (в его нередукционистской форме) является разумным и непротиворечивым дополнением как к религиозной позиции, так и к естественнонаучной, представленной исследованиями современной микрогенетики, и выполняет одну из своих традиционных функций жизнезащиты.  
  
      **Консервативный подход к проблеме аборта**  
  
  
      В России сосуществуют самые различные ценностно-мировоззренческие ориентации, среди них выделяются - либеральная и консервативная, Каждая из этих позиций имеет свои основания, свою традицию. Консервативная - основывается на моральных ценностях религиозной культуры. Рассмотрим особенности консервативного подхода к проблеме аборта на примере православия.   
      Как известно, в Библии мало изречений, прямо относящихся к обсуждаемой проблеме. К ним относятся слова Иова, который, говоря о своей жизни , начинает с "ночи, в которую *сказано*:, зачался человек!" (Иов 3, 3). А в "Книге Договора" устанавливается, что человек, толкнувший беременную женщину, что стало причиной выкидыша, обязан заплатить штраф (Исх. 21,22). Христианское "нет" абортам однозначно и основательно. Православное богословие полагает, что при решении сложных нравственных вопросов "на первое место чаще всего выдвигается самая жизнь основателя христианства, как воплотившая в себе идеал совершеннейшего пути ко спасению" [ 24 ]. В этом плане Благовещение Архангела Гавриила Марии: "Радуйся, Благодатная! Господь с Тобою; благословенна Ты между женами", представляет собой символическую форму христианского понимания начала человеческой жизни.   
      Этот принцип ставит под сомнение "право женщины на собственное тело", допускающее, что плод есть лишь часть материнской ткани. "Это не ее тело; это тело и жизнь другого человеческого существа, вверенного ей материнским заботам для кормления" [ 25 ].   
      К каноническим относится суждение Василия Великого (IV-V вв. н.э.): "Умышленно погубившая зачатый в утробе плод подлежит осуждению как за убийство" Однако оценка аборта как нарушения ветхозаветной заповеди "не убий" - одно из оснований его христианского осуждения. К мысли об еще одном основании приводит св. Иоанн Златоуст. Он пишет, что плодоизгнание "нечто хуже убийства... так как здесь не умерщвляется рожденное, но самому рождению полагается препятствие" [ 26 ].   
      Что может быть "хуже убийства"? Очевидно то, что приводит к убийству, что является его основанием. Это - нарушение "первой и наибольшей заповеди" - заповеди Любви. Максим Исповедник различает пять видов любви: "ради Бога", любовь "по причине естества, как родители любят чад", "ради тщеславия", "из-за сребролюбия", "вследствие сластолюбия". Из этих видов любви на второе место Максим Исповедник помещает любовь "по причине естества". Аборт - это нарушение заповеди любви, причем в самой ее человечески-глубинной сути - через убийство матерью своего дитяти. Даже животный мир, к сравнению с которым так часто прибегает натурализм, не знает аналогов подобного действа, свидетельствуя о его противоестественности.   
      Аборт - это "препятствие рождению". Но рождение - это "выход из материнской утробы", которая в христианской семантике является не просто анатомическим термином. Смысл этого слова в христианской традиции, как полагает С.Аверинцев, чрезвычайно широк и значим: это и "милосердие", и "милость", и "жалость", и "сострадание", и "всепрощающая любовь" [ 27 ]. С.Аверинцев считает, что символика "чревной" и "теплой" материнской любви особенно характерна для грекославянского Православия, в отличие от смыслов этого понятия в античности, и сохраняется "в образе девственного материнства Богородицы" до сих пор.   
      Особое почитание Богородицы в Православии проявляет себя в величаниях церковных песнопений, в наименованиях явленных икон Божией Матери. П.Флоренский дает одно из самых полных их перечислений: "Истинная Животодательница", "Нечаянная радость", "Умиление", "Отрада или Утешение", "Сладкое Лобзание", "Радость всех радостей", "Утоли мои печали", "Всех скорбящих радость", "В скорбях и печалях утешение", "Заступница усердная", "Взыскание погибших", "Умягчение злых сердец", "Избавление от бед страждущих", Милостивая Целительница", "Путеводительница", "Истинный живоносный Источник" [ 28 ].   
      Каждое название иконы Богоматери - это буква в алфавите православной нравственности, первой заповедью которой является "заповедь любви". Принятие и допущение аборта как естественной практики культуры, без определенных морально-нравственных ограничений и разъяснений - это симптом морального кризиса культуры.   
      Врач, как принципиальный со-участник жизни человека с момента его рождения до смерти, сегодня имеет возможность свободно обсуждать фундаментальные проблемы человеческой жизни. Определить отношение к ним ему поможет и моральная традиция отечественного врачевания, и принципы Всемирной Медицинской Ассоциации, которая в 1983 году принимает специальную декларацию о медицинских абортах:   
      "1. Основополагающий моральный принцип врача - уважение к человеческой жизни с момента ее зачатия.   
      2. Обстоятельства, противополагающие интересы потенциальной матери интересам ее неродившегося ребенка, ставят врача перед необходимостью выбора: сохранить беременность или преднамеренно ее прервать.   
      3. Неоднозначность выбора определяется разными религиозными и нравственными позициями, причем любое из решений требует уважения.   
      4. Определение отношения к этому вопросу и правил его решения в данном государстве или общине лежит вне компетенции медицины; врачи должны лишь обеспечить защиту своим пациентам и отстоять собственные права в обществе.   
      5. В тех странах, где медицинские аборты разрешены законом, компетентные специалисты могут делать их на легальном основании.   
      6. Если личные убеждения не позволяют врачу рекомендовать или сделать медицинский аборт, он должен перепоручить пациентку компетентному коллеге.   
      7. Исполнение положений настоящей Декларации Генеральной Ассамблеи Всемирной Медицинской Ассоциации не является обязательным для тех ассоциаций-членов, которые не присоединятся к ней" [ 29 ].  
  
      **Контрацепция и стерилизация**  
  
      Наряду с искусственным абортом, формами медицинского вмешательства в генеративную функцию человека являются контрацепция и стерилизация. В настоящее время женщина обладает равным правом как на аборт, так и на контрацепцию и стерилизацию. Однако эти формы медицинского вмешательства не равнозначны. Контрацепция и стерилизация - это эффективные формы предупреждения искусственных абортов, включая и нелегальные. Зарубежная статистика свидетельствует, что широкое применение контрацепции снижает количество абортов. В Болгарии, Венгрии, Чехии, Германии, где охват современными видами контрацепции составляет 50-60%, количество абортов стало в 2-3 раза меньше родившихся [ 30 ].   
      Однако моральное различие между предупреждением зачатия и искусственным абортом принималось и существовало не всегда. Ориентируясь на ветхозаветный императив "Плодитесь и размножайтесь", многие христианские ученые отрицали любое искусственное ограничение деторождения. В качестве единственной альтернативы допускалось воздержание в браке. Эти принципы долгое время формировали нравственную культуру врачей. В 1912 году доктор Л.Окинчиц писал: "Главным препятствием к научной разработке способов, предупреждающих зачатие, является осуждение их врачами с этической точки зрения" [ 31 ]. В начале века попытки многих врачей усмотреть и убедить общественное мнение, что "предохраняющие средства есть мера лечебная", успеха не имели.   
      Ситуация меняется к концу века. В 1991 году на XIII международном конгрессе акушеров-гинекологов проф. Пинотти была предложена новая концепция здоровья и благосостояния женщины, где наряду с традиционными формами принципиальное место занимает медицинская помощь по контрацепции.  
  
      **Медицинские аспекты контрацепции и стерилизации**  
  
      Существующие методы контрацепции можно условно разделить на две группы. К первой, традиционной, группе относят ритмический метод, который известен в литературе как календарный, температурный метод, прерванный половой акт, механические средства, химические с локальным действием. Ко второй группе современных методов относятся: гормональная или оральная контрацепция, внутриматочные средства (ВМС).   
      50-60 годы XX века - период испытаний и внедрения в клиническую практику оральных контрацептивов. Американские ученые Y.Pincus и J.Rock выделяют ряд препаратов, подавляющих овуляцию. В 60-х годах, благодаря применению гибкой пластмассы была реализована идея немецкого гинеколога R.Ricker, который еще в 1909 г. предлагал использовать введение в полость матки шелковые нити, скрученные в кольцо, 60-е годы - время создания и внедрения полиэтиленовых внутриматочных спиралей типа петли Lippes. Интересно, что несмотря на то, что ВМС широко применяются уже десятки лет, механизм их действия остается загадкой.   
      Отличие современных контрацептивных средств - уровень их патологического воздействия на организм. И.Мануилова, на основании многолетних исследований, приходит к выводу: "Эффективность противозачаточного метода пропорциональна частоте побочных реакций и осложнений, обусловленных методом контрацепции" [ 32 ]. Степень же эффективности современных средств возрастает по сравнению с традиционными методами в 10-20 раз (оральная контрацепция) и в 3-7 раз (ВМС),   
      Предельно эффективным методом контрацепции является стерилизация - "перевязка" или создание искусственной непроходимости маточных труб при мини-лапаротомии, лапароскопии или гистероскопии. Однако возможна и сегодня получает распространение не только женская, но и мужская стерилизация (вазэктомия). В настоящее время используется два вида стерилизации: один из них - с восстановлением генеративной функции ("зажимы Фильше"), и второй - так называемая необратимая стерилизация. Оба вида стерилизации активно пропагандируются, например в США. В журнале "Демографические отчеты" (июнь, 1996 г.), издаваемым Университетом имени Джонса Гопкинса (США) и субсидированным Фондом ООН по народонаселению, подробно описывается применение местной анестезии при стерилизации, а также сама хирургическая операция, изложены существующие методики лигирования маточных труб, описываются формы, с помощью которых можно подготовить специалистов по выполнению этой процедуры, которую журнал называет "методом номер один". Но возникает вопрос: методом чего? Ответ очевиден: "методом номер один" не только медицинских нововведений, но и демографической политики Фонда по народонаселеню по отношению ряда стран, в том числе и к России. Действительно, относительная простота этого метода (например, при нехирургической стерилизации), необратимый характер полного подавления репродуктивной способности может служить средством не только планирования семьи, но и управлению и контролю за демографическими процессами с заранее заданными и весьма разнообразными целями.  
  
      **Демографическая политика и контрацепция**  
  
      Возможность регулирования демографических процессов на уровне государственного контроля за рождаемостью была известна уже греческой цивилизации. Аристотель в "Политике" рекомендовал: "Пожалуй... должно поставить предел скорее для деторождения, нежели для собственности, так, чтобы не рождалось детей сверх какого-либо определенного числа. Это число можно было бы определить, считаясь со всякого рода случайностями, например с тем, что некоторые браки окажутся бездетными. Если же оставить этот вопрос без внимания, что и бывает в большей части государств, то это неизбежно приведет к обеднению граждан, а бедность - источник возмущений и преступлений" [ 33 ]. В IV-III вв. до н.э. вопрос о перенаселении, как сообщает Полибий, решается в Древней Греции ограничением рождения одного-двух детей в семье. Когда-то, по крайней мере для Аристотеля, наиболее гуманным средством строгого и обязательного соблюдения этого установившегося обычая, в сравнении с убийством и заброшенностью новорожденных, был аборт. Для современной цивилизации, по крайней мере на уровне положений ООН, характерна позиция, что аборт нельзя рассматривать как метод регуляции рождаемости. Этим методом становится контрацепция и стерилизация - на уровне медицинской практики, и принципы "планирования семьи" и "правильного репродуктивного поведения" на уровне идеологии.   
      В XIX веке идеологической формой оправдания предупреждения беременности было мальтузианство, которое все беды и несчастья человечества связывало с "абсолютным избытком людей". Английский врач Дж.Дрисдэм в середине XIX века один из первых использовал эти идеи для оправдания медицинских способов предупреждения зачатия и пропаганды противозачаточных мер. С этого времени контрацепция рассматривается как одно из средств регуляции рождаемости и непосредственно связывается с проблемами демографии в мире и регионах.   
      В настоящее время в более чем 60 странах службы охраны материнства и детства работают вместе со службами планирования семьи на государственном уровне. Китай, например, где существует Министерство планирования семьи, может рассматриваться как образец государственной политики в области планирования семьи.   
      В 1952 году была создана Международная федерация планирования семьи (МФПС). МФПС "ставит перед собой следующую глобальную цель. В настоящий момент всего лишь треть лиц репродуктивного возраста имеют доступ к планированию семьи. К 2000 году население Земли вырастет до 6 млрд. человек, из которых 950 млн. будут супружеские пары, способные к деторождению. МФПС берет на себя обязательство, работая с правительствами, учреждениями ООН и другими неправительственными организациями, добиться к 2000 году того, чтобы не менее 450 млн. супружеских пар во всем мире планировали свою семью". МФПС работает в шести географических регионах: Африканский регион, регион Индийского океана, арабский регион, Восточная и Юго-Западная Азия и Океания, Западное полушарие, Европа. При этом выделяются финансовые и моральные ресурсы тем странам, которые больше всего в них нуждаются. "Нужда" определяется прежде всего демографическими показателями: "уровнем рождаемости, материнской смертностью, детской смертностью и распространенностью контрацептивов" [ 34 ].   
      Реализация "глобальной цели" предполагает решение следующих основных задач, среди которых:   
      "1. Пропаганда концепции планирования семьи и обеспечение услуг в этой области как можно в большем масштабе, с тем, чтобы все желающие могли добровольно, на основе полученной информации, выбрать и применять подходящий им метод планирования семьи.   
      2. Уважение права личности и супругов на свободный выбор метода планирования семьи в интересах их собственного здоровья и здоровья детей.   
      3. МФПС твердо возражает против применения любых форм принуждения (прямого или косвенного) в выборе применения методов планирования семьи.   
      4. МФПС не рассматривает аборт в качестве метода планирования семьи; контрацепция есть единственный метод против нежелательной беременности.   
      5. Соблюдение культурных традиций при проведении политики планирования семьи обеспечивается путем изучения местных особенностей добровольцами из числа населения, которые затем разрабатывают и осуществляют программы и составляют основу национальных ассоциаций.   
      6. МФПС оказывает поддержку программам ассоциаций - членов, работающих параллельно или совместно с правительствами своих стран" [ 35 ].   
      Последний, шестой, пункт весьма существенен в комплексе морально-этических проблем регуляции репродуктивной функции человека. Существование международных организаций "Международное общество по совершенствованию контрацепции", "Международная федерация планирования семьи", работающая с правительствами на уровне ассоциаций в 134 странах мира (в том числе и в России), ставит вопрос: кто же является основным субъектом регуляции рождаемости в условиях государственной демографической политики - женщина, семья или государство и международные организации? Этична ли и в каких случаях регуляция детородной функции в масштабах социально-государственного управления, какого-либо социально-политического или международного контроля?   
      Очевидно, совсем, не случайным условием членства в МФПС - Европа является принцип Конституции Регионального Совета: "неучастие ассоциации или лица, ее представляющего, в дискриминационной политике в отношении расы, вероисповедания, цвета кожи, политических убеждений или пола". Контрацептивные методы контроля за рождаемостью, особенно стерилизация, в руках политиков, разделяющих дискриминационные принципы любого рода, могут обернуться непредсказуемыми последствиями для человеческой популяции, перед которыми померкнут все известные в истории человечества "демографические взрывы".  
  
      **Консервативные прогнозы и оценки**  
  
      Н.Лосский в работе "Бог и мировое зло" писал: "Поскольку зло в человеческой жизни обусловлено глубочайшими свойствами человеческой личности, оно не может быть устранено никакими изменениями общественного строя (в нашем случае - достижениями научно-технического и социального прогресса - И.С.). Из этого, однако, совсем не вытекает, будто не следует бороться за социальную справедливость... Нужно только помнить, что идеал абсолютного добра в земных условиях недостижим и новые формы общественной жизни, которые удастся выработать будущим поколениям, внесут лишь частичные улучшения некоторых сторон существования, и, может быть, вместе с тем породят какие-нибудь новые проявления зла" [ 36 ]. Эти тенденции не заставили себя долго ждать.   
      Одну из них фиксирует Э.Дюркгейм в своем фундаментальном социологическом исследовании природы и причин роста числа самоубийств в современной культуре: "Итак, факты не подтверждают обыденного мнения, что самоубийства вызываются главным образом тяготами жизни; наоборот, число их уменьшается по мере того, как существование становится тяжелее. Вот неожиданное последствие мальтузианизма, которого автор его, конечно не предполагал. Когда Мальтус рекомендовал воздержание от деторождения, то он думал, что по крайней мере в известных случаях это ограничение необходимо ради общего блага. В действительности оказывается, что воздержание это является настолько сильным злом, что убивает в человеке самое желание жить. Большие семьи вовсе не роскошь, без которой можно обойтись и которую может себе позволить только богатый; это насущный хлеб; это насущный хлеб, без которого нельзя жить" [ 37 ].   
      Вторая тенденция явилась в виде "сексуальной революции", которая европейская цивилизация переживает с середины XX века. Х.Хефнер, основатель "Плейбоя", анализируя причины сексуальной революции XX века, говорит о трех основных факторах: **появлении контрацептивов**, антибиотиков и свободных денег. Нельзя не добавить к этим факторам и принципиальные изменения в морально-этическом сознании, свой вклад в которые внесли психоаналитическая медицина и психология. Он заключался в принципиальном разграничении собственно сексуальности (как проявлении либидо) и функции продолжения рода. Контрацепция как средство подавления этой функции становится символом освобожденной сексуальности.   
      Неудивительно, что "между православными учеными существует всеобщее согласие по следующим двум пунктам: 1) поскольку одной из целей супружества является рождение ребенка, чета поступает аморально, постоянно прибегая к методам контрацепции во избежание этого, если на то нет смягчающих обстоятельств; 2) контрацепция аморальна и тогда, когда способствует блуду и прелюбодеянию" [ 38 ].   
      У этой категоричности есть свои основания. Православные авторы раскрывают, что за безоговорочным использованием и массовым распространением контрацепции стоит нравственное выхолащивание и обесценивание человека. Вот суждение Л.Карсавина (1882-1952 гг.): "Всякие ограничения полового акта (в частности меры против деторождения), заменяя слияние (тел - И.С) склеиванием, ведут к дурному разложению личности или о нем свидетельствуют... Ибо по существу своему и в идеале половой акт - наиболее духовный из актов человека, потому именно и подверженный опасности наибольшего оплотянения... Здесь человек наиболее причастен Божьему Творческому акту, погружаясь в бездну небытия, из коей подъемлется новый человек: здесь возникает новое пространство и новое время рождающегося, преобразуя весь пространственно-временной мир; здесь даже животное приближается к духовности, становясь способным на любовь и жертву" [ 39 ].   
      Вл.Соловьев, в своей работе "Смысл любви" различая половую любовь и размножение рода, не связывает их однозначно. Сама половая любовь понимается им как элемент, проявление и свидетельство существования определенного метапорядка, некой системы, задающей собственно сущность и смысл существования половой любви. В своем истолковании половой любви и духовности Вл.Соловьев постоянно спорит с вульгарным пониманием христианства: "Ложная духовность есть отрицание плоти, истинная духовность есть ее перерождение, спасение, возрождение" [ 40 ].   
      Н.Бердяев критиковал обыденно-религиозное понимание "проблемы пола в зависимости от вульгарного дуализма духа и плоти", оно "связало ее (проблему пола - И.С.) греховностью плоти, и это была не только моральная, но и метафизическая ошибка. Ведь плоть столь же метафизична и трансцендентна, как и дух, и плотская любовь имеет трансцендентно-метафизические корни" [ 41 ]. Именно эти основания, с точки зрения В.Н.Лосского, превращают плотскую любовь в "противоядие смертности" [ 42 ].   
      Понимание половой любви как одной из форм возможного духовного совершенствования мужа и жены в любви и единстве допускает "применение контрацептивов с целью отсрочки рождения детей и ограничения их числа, дабы предоставить большую свободу чете для проявления их взаимной любви" [ 43 ].   
      В силу противоположной направленности ценностей консервативной и либеральной позиции, католическая церковь "абсолютно запрещает стерилизацию, как средство, необратимо препятствующее деторождению" [ 44 ]. Очевидна ее неприемлемость и для православных устоев.   
      Христианская Церковь, как православная, так и католическая - это социальные организации, объединяющие людей, по сути дела, во всех регионах мира. Тем не менее она безоговорочно отдает приоритет индивидуальному выбору супружеской пары ее репродуктивных прав, осуждая любые меры организационного контроля под знаком любой "благой" идеи, будь то "оздоровление нации" или "благополучие человечества".

Литература

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Гиппократ. Избранные книги. М. 1936, т. 1, с. 87-88. |
| 2. | Аристотель. Политика. Соч., т. 4, М. 1984, с. 624. |
| 3. | Катунский Э. К вопросу о праве родителей на жизнь плода. - "Медицинская беседа", 1900, № 7, с. 178. |
| 4. | Шабад Т. Искусственный выкидыш с принципиальной точки зрения. - "Медицинское обозрение", 1911, №2, т. 45, с. 172. |
| 5. | Стенограмма XII Пироговского съезда. - "Русский врач", 1913, №28, с. 1010. |
| 6. | Там же, с. 1011. |
| 7. | "Терапевтическое обозрение". 1914, №3, с. 163. |
| 8. | Жбанков Д. К вопросу о выкидышах. - "Практический врач", 1914, №31, с. 433. |
| 9. | Гиммельфарб Г.И. Исторический очерк вопроса о выкидыше. - "Терапевтическое обозрение", 1914, №5, с. 147. |
| 10. | Стенограмма XII Пироговского съезда. - "Русский врач", 1913, №28, с. 1012. |
| 11. | Цит. по: Либерман Я.Э. Изгнание плода в русском законодательстве. - "Терапевтическое обозрение", 1914, №5, с. 148. |
| 12. | Цит. по: Мелентий Митрополит Никольский. "Аборты". М. 1993, с. 39. |
| 13. | Либерман Я.Э. Изгнание плода в русском законодательстве. - "Терапевтическое обозрение", 1914, №5, с. 149. |
| 14. | Цит. по Соловтев З.П. Аборт. Избр.произведения. М. 1970, с. 133-134. |