**"Физика" и "метафизика" смерти**

      "Человек есть существо умирающее" - это суждение принадлежит к разряду банальных истин. Нет ничего более очевидного, и в то же время, в буквальном смысле, менее очевидного для человека, чем его собственная смерть. Отношение человека к смерти человека - это всегда отношение, моделирующее всю систему моральных взаимосвязей и взаимозависимостей. Символично, что смерть в библейском понимании стала первым проявлением и обнаружением "зла" как моральной реальности. Моральное отношение к смерти всегда являлось кардинальным, системообразующим и жизнеопеспечивающим принципом для любого человеческого сообщества. Новые медицинские критерии смерти человека - "смерть мозга" - и новые социальные подходы к индивидуальной смерти - "право на смерть" - не только частное, конкретное дело медицины. "Физика" смерти, такова уж ее особенность, непосредственно связана с "метафизикой" смерти, т.е. ее моральным и социальным измерением.

**1. Критерии смерти   
и морально-мировоззренческое понимание личности**

      Проблема смерти - это проблема по существу своему морально-религиозная и медицинская. И если религия и мораль - это своеобразная "метафизика" человеческой смерти, то "физикой" ее является медицина. На протяжении веков в христианской цивилизации они дополняли друг друга в процессе формирования траурных ритуалов, обычаев, норм захоронения и т.п. Медицинские гигиенические нормы и признание возможности ошибок при диагностике смерти (случаи мнимой смерти и преждевременного захоронения) разумно сочетались с обычаем христианского отпевания и захоронения на третий день после смерти.   
      Медицинская диагностика смерти, связанная с констатацией прекращения дыхания и остановкой сердцебиения, была непротиворечиво связана с христианским пониманием сердца и дыхания как основах жизни. Не удивительно, что первые научно обоснованные попытки оживления умерших были связаны с восстановлением дыхательной способности и функции кровообращения. Так, например, в 1805 году доктор Е.Мухин предлагал с целью оживления мнимо умерших вдувать в легкие воздух с помощью мехов. К началу XIX века во многих странах Европы ставился вопрос о новом определении смерти, которая связывалась уже с отсутствием эффекта реакции организма на искусственное дыхание.   
      В XIX веке началось бурное развитие медицинских технических средств, которые успешно использовались для более точной констатации смерти и одновременно проходили испытания новых способов оживления организма. В России первая удачная попытка оживления сердца, извлеченного из трупа человека, была произведена в 1902 году доктором А.А.Кулябко (Томский университет). В 1913 году Ф.А.Андреев предложил способ оживления собаки с помощью центрипетального введения в сонную артерию жидкости Рингер-Локка с адреналинам. В 20-е годы был сконструирован первый в мире аппарат для искусственного кровообращения. Он был назван его создателем С.С.Брюхоненко и С.И.Чечелиным "автожектор". В годы Великой Отечественной войны В.А.Неговский и его коллеги разрабатывали "комплексную методику оживления" организма. Одновременно происходило детальное изучение процессов конечных стадий жизнедеятельности. Неговский выделял пять стадий умирания - преагональное состояние, терминальная пауза, агония, клиническая и биологическая смерть.   
      Различение клинической смерти (обратимого этапа умирания) и биологической смерти (необратимого этапа умирания) явилось определяющим для становления реаниматологии - науки, изучающей механизмы умирания и оживления умирающего организма. Сам термин "реаниматология" был впервые введен в оборот в 1961 году В.А.Неговским на Международном конгрессе травматологов в Будапеште.   
      Формирование в 60-70-е годы реаниматологии многие считают признаком революционных изменений в медицине. Это связано с преодолением традиционных критериев человеческой смерти - прекращения дыхания и сердцебиения - и выходом на уровень принятия нового критерия - "смерти мозга". Коренные изменения, вносимые достижениями медицинской науки во временное и качественное измерение смерти, оборачиваются ростом этической напряженности врачебной деятельности. В каждом ли случае реанимационные процедуры являются наилучшим исходом для пациента? Безусловно, комплекс технических средств для поддержания жизни дает возможность предотвратить смерть ряду больных, но в то же время для других это "поддержание" оказывается лишь способом продления умирания.   
      Реанимация - это непосредственное олицетворение научно-технических достижений человека. Однако между человеком и техническими средствами, им созданными, возникает достаточно жесткая взаимосвязь. М. Хайдеггер приводит такое сравнение: "Техническое, в самом широком смысле слова, есть ничто иное как *план*", созданный человеком, но который, в конце концов, вынуждает человека к действию, независимо от того, желает он того, или уже нет" [ 1 ].   
      Отделения интенсивной терапии современных больниц оснащены новейшими установками, делающими возможными различные реанимационные процедуры.   
      Система здравоохранения, оснащенная этой техникой, уже не способна отказаться от ее применения, часто превращая своих пациентов в бесправные жертвы. Грань между поддержанием жизни и продлением умирания становится такой тонкой, что смерть оказывается длительным механизированным процессом умирания, который технологически можно продлить до 10 лет.   
      Говоря о коматозных больных, профессор Б.Г. Юдин очень метко называет период между состоянием "определенно жив" и "определенно мертв" - "зоной неопределенности".   
      В этой "зоне" типичны такие суждения врачей: "Человек еще жив, но он без сознания, необходимо дождаться его физической смерти от голода, инфекции", или, что одно и тоже, "человек мертв, но он еще дышит, необходимо прекратить дыхание". В границах новых достижений медицины бьющееся сердце и дыхание - не есть признаки жизни. Констатация "смерти мозга" определяет личностную смерть, в границах которой допустима "растительная" (на клеточном уровне) жизнь. Новые медицинские постулаты с большим трудом адаптируются в общественном сознании, для которого очень странно суждение о том, что смерть констатирована, но человек ещё дышит.   
     Современной медицине соответствует современный образ человека как прежде всего разумного существа, чему соответствует и новый критерий его смерти - "смерть разума" или "смерть мозга", или "неокортексовая смерть", т.е. невыполнение мозгом своих функций мышления, рассуждения, контакта с людьми. Родственники пациента, оказавшегося в "зоне неопределенности", должны выйти на уровень новых, соответсвующих происходящему в медицине, ориентиров.   
     Действительно, "зона неопределенности" оказывается в буквальном смысле слова вне пространства библейских этических заповедей. Шестая заповедь *"не убий"* в этой зоне не работает, ибо в терминах традициооной морали - это "зона" неизбежного убийства или "отказа от жизнеподдерживающего лечения". Но кто должен принимать и осуществлять решение о смерти человека?   
     Технические достижения требуют предельно рационального отношения человека к своей смерти. Рациональное отношение к смерти предполагает практически юридическое оформление ответов на вопросы, как Вы хотели бы умереть, кто должен принимать решение в соответствующей ситуации, насколько строго и кем должна выполняться Ваша воля.   
     Пытаясь освободить от моральной и юридической ответсвенности невольных исполнителей "воли зоны" - врачей, общество обращается к принципу эвтаназии - умышленному, безболезненному умерщвлению безнадежно больных людей.

**2. Эвтаназия - моральные, правовые и социальные аспекты**

     Термин эвтаназия происходит от греческих слов eu -"хорошо" и thanatos - "смерть" и означает сознательное действие, приводящее к смерти безнадежно больного и страдающего человека относительно быстрым и безболезненным путем с целью прекращения неизлечимой боли и страданий.   
     Эвтаназия, как новый способ медицинского решения прблемы смерти (прекращения жизни) входит в практику современного здравоохранения под влиянием двух основных факторов. Во-первых, прогресса медицины, в частности, под влиянием развития реаниматологии, позволяющей предотвратить смерть больного, т.е. работающей в режиме **управления умиранием.** Во-вторых, смены ценностей и моральных приоритетов в современной цивилизации, в центре которых стоит идея "прав человека". Неудивительно, что 51,5% и 44,8% российских врачей в возрасте соответсвенно 41-50 и 51-65 лет на вопрос социологического опроса (1991-1992гг.) "считаете ли Вы допустимой эвтаназию?" ответили "никогда об этом не думал(ла)", наряду с вариантами ответов "да" и "нет". Положительный ответ был дан 49% врачей в возрасте 21-30 лет [ 1 ]. Авторы исследования приходят к справедливому выводу о смене ценностных установоки профессионального сознания медиков, которые, с одной стороны, сталкиваются с тупиковыми ситуациями на границе между жизнью и смертью, а с другой - являются соучастниками общих цивилизационных социальных процессов.   
     Эвтаназия - неодназначное действие. Прежде всего различают активную и пассивную эвтаназию. Активная - это введение врачом летальной дозы препарата. При пассивной эвтаназии прекращается оказание медицинской помощи с целью ускорения наступления естественной смерти. Западные специалисты, например Совет по этике и судебным делам Американской Медицинской Ассоциации, вводят понятие "поддерживаемое самоубийство". От активной эвтаназии оно отличается формой участия врача. "Поддерживаемое самоубийство" - это содействие врача наступлению смерти пациента с помощью обеспечения необходимыми для этого средствами или информацией (например, о летальной дозе назначаемого снотворного). Кроме этого, вводится градация "добровольной", "недобровольной" и "непреднамеренной (невольной)" эвтаназии.   
     В первом случае эвтаназия осуществляется по просьбе **компетентного** пациента. Недобровольная эвтаназия проводится с некомпетентным пациентом на основании решения родственников, опекунов и т.п. Непреднамереннная эвтаназия совершается без согласования с компетентным лицом. При этом под компетентностью понимается способность пациента принимать решение. Совет по этике и судебным делам АМА допускает при этом, что эти решения могут быть не обоснованными". "Люди имеют право принимать решения, которые другие считают не разумными, поскольку их выбор проходит через компетентно обоснованный процесс и совместим с личными ценностями" [ 2 ].  
  
      **Либеральная позиция**  
  
      Рекомендации и разработки Совета по этике и судебным делам АМА можно рассматривать как пример либеральной позиции по проблеме эвтаназии. Принцип автономии больного и обязательство врача уважать выбор пациента безусловно является одним из определяющих пределы этического действия врача. "Мы демонстрируем уважение к человеческому достоинству, когда признаем свободу личности делать выбор в соответствии с ее собственными ценностями" [ 3 ]. Эвтаназия становится практически работающим принципом, если собственные ценности личности совпадают с такой ценностью современной цивилизации, как право на предельную самодетерминацию личности. С либеральных позиций эвтаназия основана на фундаментальном человеческом праве - праве умереть, если смерть - единственное избавление от страданий. Основными аргументами в пользу признания добровольной эвтаназии становятся - сострадание к другим и признание права человека самому определять время собственной смерти.   
      Позиция, допускающая эвтаназию, по крайней мере на уровне отмены и отказа на поддерживающее жизнь лечение, имеет в своем арсенале еще ряд аргументов. Любой метод, приводящий к смерти, традиционно оценивается как вредный, и, следовательно, недопустимый. Но сторонники эвтаназии полагают, что она является "правильным лечением", направленным на устранение непереносимых болей. Если боль неустранима, помощь больному, просящему легкой смерти, может рассматриваться как гуманная и милосердная. Предложение врачом смерти как медицинского лечения - один из аргументов медицинского уровня.   
      Следующий аргумент может быть назван "альтруистическим". Это - желание тяжело больного человека не обременять собою близких ему людей. Но, как правило, это желание определяется не столько тем, что человек сам хочет этого, сколько тем, что он должен так сделать, так как забота о близких поглощает его индивидуальную волю к жизни. Этот аргумент тесно связан с принципом "права на достойную смерть".   
      Нельзя при этом не отметить, что сам принцип "достойной смерти" формируется с позиций достаточно высокого качества жизни, включающего комфорт, определенную благоустроенность, выбор средств "достойной смерти" и т.п., основываясь при этом на явной доминанте эгоистических мотивов.   
      В современной литературе можно встретить и демографический аргумент.   
      Приемлемость эвтаназии связывается с "существенным постарением населения", с ростом числа инвалидов преклонного возраста, содержание, уход и лечение которых влечет ряд экономических и социальных проблем.   
      Логическим завершением признания социальной приемлемости эвтаназии является эвтаназия неполноценных. Особенно остро эта проблема встает относительно новорожденных.   
      К экономическим и социальным основаниям принудительной эвтаназии добавляется и генетический фактор - угроза "биологического вырождения". В отличии от всех перечисленных форм и видов эвтаназии, возможность применения которых все еще далека от социального признания, принудительная эвтаназия уже выходила на уровень практики. Всем известен опыт фашистской Германии, где в 1938-1939 годах была разработана и осуществлялась "Программа эвтаназии" по отношению к "жизненнонеполноценным" лицам. В 30-х годах в США существовало общество "Эвтаназия", которое ставило своей целью изменить законы и легализовать умерщвление "дефективных". И если в конце первой половины XX века эти идеи были осуждены мировым сообществом, то в конце второй половины XX века проблема эвтаназии вновь становится предметом обсуждения. При этом, правда, меняется идеология принудительной эвтаназии: на помощь призываются понятия "милосердие" по отношению к бесперспективным пациентам и "справедливость" по отношению к их родным или даже обществу в целом, включая страховые кампании и государственные учреждения, финансирующие их медицинское обслуживание, вынуждая их сокращать средства на оказание медицинской помощи другим категориям "перспективных" пациентов.  
  
      **Консервативная позиция**  
  
      Использование понятий "милосердие" и "справедливость" для оправдания принудительной эвтаназии - это путь к возможному социальному беспределу.   
      Кроме того, использование понятий "милосердие" и "справедливость" для оправдания эвтаназии - один из знаков подлинного антихристианства как формы духовного *самозванства*, когда святыни и ценности христианства присваивают "себе такие силы в человечестве, которые на деле и по существу чужды и прямо враждебны Христу и Духу Его". [ 4 ] Действительно, что может быть изощреннее понятия "убийство из милосердия", особенно в случае тяжелой неизлечимой болезни!? Или может ли не прельстить оправдание эвтаназии как нежелания быть в тягость близким, как формы заботы и даже подлинной любви к ближним?   
      Но подлинная любовь к ближним состоит в том, что ваша болезнь и возможность долготерпеливой заботы о больном - это то, как реально и непосредственно могут послужить ваши близкие Богу. *"Истинно говорю вам: так как вы сделали это одному из сих братьев Моих меньших, то сделали Мне"* (Мф. 25,40). Для одних это один из путей ко Спасению, о котором благовещал Спаситель в своем последнем Откровении. Для других это один из последних рубежей к "муке вечной", *"Ибо алкал Я, и вы не дали Мне есть; жаждал, и вы не напоили Меня, был странником, и не приняли Меня; был наг и не одели Меня; болен и в темнице, и не посетили Меня. Тогда и они скажут ему в ответ: Господи! когда мы видели Тебя алчущим, или жаждущим, или странником, или больным, или в темнице, и не послужили Тебе? Тогда скажет им в ответ: истинно говорю вам: так как вы не сделали этого одному из сих меньших, то не сделали Мне"* (Мф. 25,41-46).   
      Консервативная позиция по проблеме эвтаназии проста и однозначна. "Этика православного христианства отвергает возможность намеренного прерывания жизни умирающего пациента, рассматривая это действие как особый случай убийства, если оно было предпринято без ведома и согласия пациента, или самоубийства, если оно санкционировано самим пациентом" [ 5 ].   
      Подобная оценка эвтаназии отличает не только православное христианство, но любую консервативную позицию, включая мнение специалистов, которое еще буквально 20 лет назад было господствующим в обществе. Основанием его господства было не только христианское понимание человека, но влияние врачебной этики Гиппократа, которая однозначно отрицает использование опыта и знания врача для того, чтобы вызывать "легкую" смерть больного, который просит о такой услуге. Примечательно при этом, что Гиппократ формулирует этот принцип врачебной этики в условиях абсолютной социальной приемлемости самоубийства в культуре Греции и Рима.   
      Аргументы медиков, противников эвтаназии, основываются на врачебной практике. Во-первых, медицине известны факты "самопроизвольного излечения" от рака. И хотя такие случаи редки, исключать их возможность в каждой индивидуальной ситуации нельзя. Во-вторых, практика военных врачей свидетельствует о способности человека приспособляться к жизни, несмотря на инвалидность (ампутация ног, рук). Адаптация и новое качество жизни, как правило, приводило большинство из них к негативной оценке своих прежних просьб к врачам об ускорении их смерти. В-третьих, принятие смерти как "вида" медицинского лечения (боли, страдания) может оказаться мощным препятствием на пути развития самого медицинского знания, развитие которого постоянно стимулируется "борьбой со смертью".   
      Православный богослов В.И.Несмелов писал: "Ведь физическая смерть человека является не переходом в новую жизнь, а **последним моментом *действительной* жизни**. Этого рокового смысла смерти никогда и ни в каком случае не может изменить вера в бессмертие человеческого духа, потому что если по смерти человека дух его и будет существовать, то жить-то человеческой жизнью он все-таки не будет" [ 6 ]. Социальное предназначение медицины всегда заключалось в борьбе **за действительную человеческую жизнь**. "В самом деле, - писал о. Сергий Булгаков, - разве не может и не обязан человек исцелять болезни всякого рода и разве он этого не делает? **И разве уже исчерпаны все для этого возможности**, или напротив, они все более расширяются? Может ли далее это целительство, которое есть, конечно, борьба со смертью, хотя ее и не побеждающая, но все же отдаляющая, остановиться перед тем, чтобы не исторгать из когтей смерти ее **преждевременные жертвы?**" [ 7 ] В борьбе со смертью, по сути дела, заключается нравственная сверхзадача медицинской науки и врачевания. Стремление решить эту сверхзадачу, несмотря на ее неразрешимость, всегда вызывало в обществе уважение и доверие к врачу. Сохранит ли медицина свои социальные позиции, когда система *здравоохранения* "породит" систему *смертеобеспечения*? Не чреват ли отказ от последовательного исполнения принципа сохранения и поддержания жизни изменением моральных основ врачевания, от которых в немалой степени зависит результативность врачебной деятельности? Не обречены ли врачи, обеспечивая "достойную смерть" пациенту, на резкое умаление своего собственного достоинства, участвуя в сознательном убийстве пациента? Либеральные идеологи пытаются уйти от использования слова "убийство". Они даже утверждают, что действие , приводящее к смерти пациента по его просьбе и с его согласия не может быть названо "убийством". Но как оно может быть названо? И как симптоматично для нас, что в языке, по крайней мере в русском, нет слова, обозначающего такое действие - убийство остается убийством, сохраняя всю тяжесть преступления заповеди "не убий". А **эвтаназия, какие бы благовидные маски она ни принимала, была и остается превращенной формой убийства и самоубийства одновременно**.   
      Социальное и юридическое признание эвтаназии не сможет освободить человечество от болезней и страданий. Но стать мощной и самостоятельной причиной роста самоубийств, и не только по мотиву физических страданий, может.   
      Библейское "не убий" неразрывно связано с отрицательным отношением христианства к самоубийству. Церковь говорит об обреченности самоубийц на вечную гибель, отказывает им в погребении по христианскому обряду. Жесткость христианского отношения к самоубийству вообще и к эвтаназии в частности связана с **жизнеобеспечивающими основаниями социального бытия человека**. Даже такой противник христианства, как Ф.Ницше, признавал, что одна из причин социального признания христианства коренилась именно в его бескомпромисной борьбе с "неуемной жаждой самоубийства, ставшей столь распространенной ко времени его (христианства - И.С.) возникновения" [ 8 ].   
      Язычество, буддизм и атеизм "питали" эту жажду. Тит Ливии описывал то величавое спокойствие, с которым галльские и германские варвары кончали собой. В языческой Дании воины считали позором закончить свои дни от болезни в постели. Известна истории и готская "Скала предков", с которой бросались вниз немощные старики. Об испанских кельтах, презирающих старость, известно, что как только кельт вступал в возраст, следующий за полным физическим расцветом, он кончал жизнь самоубийством. Обычаи, которые предписывали престарелому или больному человеку покончить с собой, в случае их неисполнения лишали его уважения, погребальных почестей и т.п. Это "свободное", на первый взгляд, действие было на самом деле достаточно жестко регламентировано в языческих сообществах. Исследуя явление самоубийства в древних культурах, Э.Дюркгейм приходит к выводу о его чрезвычайной распространенности, при этом на первом месте среди всех возможных мотивов самоубийства стоит самоубийство по причине преклонного возраста и болезней [ 9 ].   
      В буддизме же, где отречение от жизни само по себе считается "образцовым", возрастные и физиологические "критерии" для самоубийства практически отсутствуют. Самоубийство в буддийской культуре является видом религиозного обряда, и это не удивительно, ибо высшее блаженство и желанная цель жизни находится вне этой жизни - в "небытии" (нирвана). Виды самоубийства, принятые в буддийской культуре, различны. Их выбор зависит от конкретной секты, страны, эпохи. Это и голодная смерть, и утопление в водах "священных рек", и вспарывание живота своего своими собственными руками.   
      Атеизм - еще одна мировоззренческая система, находясь в рамках которой невозможно не признать правомерность самоубийства, если строго следовать ее исходным принципам. Среди них: человек создан для счастья, исполнения желаний, наслаждений и т.п., человек не должен страдать. В условиях невозможности их реализации трудно отказать человеку в праве на самоубийство. Тем более, что человек - самодержавный властелин собственного тела. А его право на предельную самодетерминацию - высшая ценность атеистического мировоззрения. Принцип "прав человека" не содержит никаких препятствий, которые сдерживали бы людей от самоубийства. Современное атеистическое мировоззрение определяет себя как прогрессивное. Но в случае с "правом на достойную смерть" это прогрессивное "движение вперед" явно меняет свое направление, возвращаясь к языческим, варварским принципам "достоинства". Выход самоубийства с уровня более или менее часто повторяющихся индивидуальных случаев на уровень морально допустимой социальной практики в рамках социального института здравоохранения может принять эпидемические параметры, особенно, если принять во внимание известную всем культурам "заразительность" идеи самоубийства.   
      При этом нельзя не учитывать ту динамику, с которой возрастает число самоубийств в современном прогресивном обществе. Э.Дюркгейм сообщает, что за 50 лет (2-й половины XIX века) оно утроилось, учетверилось, даже упятерилось, смотря по стране. Он полагает, что можно зафиксировать "связь между прогрессом просвещения и ростом числа самоубийств, что одно не может развиваться без другого" [ 10 ]. Анализируя статистику самоубийств, он приходит к выводу, что общепринятые предполагаемые мотивы самоубийств (нищета, семейное горе, ревность, пьянство, физические страдания, психические расстройства, отвращение к жизни и т.п.), которым приписывается самоубийство, "в действительности не являются его настоящими причинами" [ 11 ]. К настоящим причинам, превращающим человека в добычу монстра самоубийства, Дюркгейм относит вполне определенные черты общества, а именно: состояние морального распада, дезорганизации, ослабление социальных связей человека, разрушение коллективного состояния сознания, т.е. религиозности.   
      Христианское вероисповедание, а также иудаизм и ислам дают меньший во всех отношениях процент самоубийств. При этом среди самих христианских вероисповеданий характерны такие числа: "Католические кантоны независтмо от национальности их населения дают в 4 или в 5 раз меньше самоубийств, чем протестантские. Следовательно, влияние религии так велико, что превышает всякое другое" [ 12 ]. При этом Дюрктейм объясняет это число не степенью интенсивности веры в Бога или бессмертие души. Определяющими оказываются два фактора: интенсивность организации церковной коллективной жизни (в протестантизме она практически сведена к минимуму) и принцип автономии и личной свободы ( в протестантизме он явно доминирует не только по отношению к индивидуальной мысли, но и по отношению к индивидуальной воле, к установившимся обычаям).   
      В 1925 году А.К.Горский и Н.А.Сетницкий в работе "Смертобожество" пришли к выводу, что "вообще же в вопросе о жизни и смерти возможно или совместное с жизнью наступление на смерть, или индифферентное отступление от жизни". Степень и мера отступления - различны в разные времена и в разных странах. Исторический же путь отступления схематично выглядит так:   
      от православия - католицизм, от Церкви - протестантизм, от Христа - мистика и рационализм, от религии - атеизм,   
      от всякого долженствования - аморализм, от самой жизни - самоубийство.   
      Постепенный отказ от общего дела человечества по борьбе со слепыми силами распада приводит к "окончательной стадии отступления", коей является "принципиально провозглашаемое индивидуальное или коллективное самоубийство как отказ отжизни" [ 13 ].   
      Не является ли современная либеральная борьба за социальное и юридическое признание эвтаназии если не формой "коллективного самоубийства", то по крайней мере формой влияния на человеческую волю, внушая человеку, что жить надо возможно меньше? Не призвано ли современное религиозное возрождение Православия в России если не остановить, то по крайней мере сдержать натиск надвигающейся "духовной эпидемии" "рацио-гуманно-милосердных" форм (приемов) оправдания "права на достойную смерть"(?) и спасти по крайней мере своих чад? *"Ибо восстанут лжехристы и лжепророки, и дадут знамения и чудеса, чтобы прельстить, если возможно, и избранных. Вы же берегитесь"* (Мк. 13, 22). Между словами Симеона Богоприимца *"Ныне отпускаешь раба Твоего, Владыко, по слову Твоему, с миром"* (Лк. 2, 29) и требованием современного либерала "права на достойную смерть" - дистанция огромного размера. Речь идет прежде всего не о исторической, а о смысловой дистанции. Но именно история помогает нам понять происходящую в современной культуре подмену смысла "мирной и непостыдной" смерти "правом на достойную смерть" Сделать это не всегда просто. Как же отличить подлинное милосердие от либерального суррогата?   
      Подлинное милосердие и сострадание - всегда *"по слову Твоему"*, либеральное - всегда по "праву на предельную самодетерминацию личности".

**3. Последнее право последней болезни или смерть как стадия жизни**

      Обязанность "лжесвидетельства" во имя обеспечения права смертельно больного человека на "неведение" всегда составляла особенность профессиональной врачебной этики в сравнении с общечеловеческой моралью. Основанием этой обязанности являются достаточно серьезные аргументы. Один их них - роль психо-эмоционального фактора веры в возможность выздоровления, поддержание борьбы за жизнь, недопущение тяжелого душевного отчаяния.   
      Известно, что "лжесвидетельство" по отношению к неизлечимым и умирающим больным было деонтологической нормой советской медицины. "В вопросах жизни и смерти советская медицина допускает единственный принцип: борьба за жизнь больного не прекращается до последней минуты. Долг каждого медицинского работника - свято выполнять этот гуманный принцип" - наставляли учебники по медицинской деонтологии [ 1 ]. Поскольку считалось, что страх смерти приближает смерть, ослабляя организм в его борьбе с болезнью, то сообщение истинного диагноза заболевания рассматривалось равнозначным смертному приговору. Однако известны случаи, когда "святая ложь" приносила больше вреда, чем пользы. Объективные сомнения в благополучии исхода болезни вызывают у больного тревогу, недоверие к врачу, что является отрицательным психологическим фактором. Отношение и реакция на болезнь у больных различны, они зависят от эмоционально-психологического склада и от ценностно-мировоззренческой культуры пациента. Известно, что когда З.Фрейд узнал от врача, что у него рак, он прошептал: "Кто вам дал право говорить мне об этом?" Вопросы: можно ли открыть больному или родным диагноз, или надо сохранить его в тайне, или целесообразно сообщить больному менее травмирующий диагноз, какой должна быть мера правды - неизбежные и вечные вопросы профессиональной врачебной этики.   
      В настоящее время специалистам доступны многочисленные исследования психологии терминальных больных. Обращают на себя внимание работы доктора Е.Кюблер-Росс. Исследуя состояние пациентов, узнавших о своем смертельном недуге, доктор Е.Кюблер-Росс и ее коллеги пришли к созданию концепции "смерти как стадии роста". Схематично эта концепция представлена пятью стадиями, через которые проходит умирающий (как правило, неверующий человек). Первая стадия - "стадия отрицания" ("нет, не я", "это не рак"); вторая - стадия "протест" ("почему я"); третья - стадия "просьба об отсрочке" ("еще не сейчас", "еще немного"), четвертая - стадия "депрессия" ("да, это я умираю"), и последняя стадия - "принятие" ("пусть будет"). Обращает на себя внимание стадия "принятия". По мнению специалистов, эмоционально-психологическое состояние больного на этой стадии принципиально меняется. К характеристикам этой стадии можно отнести такие высказывания некогда благополучных людей, как: "За последние три месяца я жила больше и лучше, чем за всю жизнь".   
      Хирург Роберт Мак - больной неоперабельным раком легкого, описывая свои переживания - испуг, растерянность, отчаяние, в конце концов утверждает: "Я счастливее, чем когда-либо был раньше. Эти дни теперь на самом деле самые хорошие дни моей жизни". Один протестантский священник, описывая свою терминальную болезнь, называет ее "счастливейшим временем моей жизни". В итоге доктор Елизавета Кюблер-Росс пишет, что "хотела бы, чтобы причиной ее смерти был рак; она не хочет лишиться периода роста личности, который приносит с собой терминальная болезнь" [ 2 ]. Эта позиция - результат осознания экзистенциальной драмы человеческого существования, которая заключается в том, что только "перед лицом смерти" человеку раскрывается новое знание - подлинный смысл жизни и смерти.   
      Результаты медико-психологических исследований оказываются в непротиворечивом согласии с христианским отношением к умирающему человеку. Православие не приемлет принцип "лжесвидетельства" к умирающим верующим, религиозным людям. Эта ложь "лишает личность решающего итогового момента прожитой жизни и тем самым изменяет *condition humaine* не только жизни во времени, но и в вечности" [ 3 ].   
      В рамках христианского миропонимания смерть - это дверь в пространство вечности. Смертельная болезнь - это чрезвычайно значимое событие в жизни, это подготовка к смерти и смирение со смертью, это покаяние и шанс вымолить грехи, это углубление в себя, это интенсивная духовная и молитвенная работа, это выход души в определенное качественное состояние, которое фиксируется в вечности. В христианской терминологии качество смерти определяется понятием "успение", свидетельствующем о достижении душой этого состояния, об успешном исходе из жизни.   
      Право пациента на личный образ мира и на свободу, и на самоопределение, несмотря на явное несоответствие того или иного выбора "по принципу пользы", является основанием доктрины "информированного согласия". Долг и ответственность врача в рамках этой доктрины понимается как долг перед свободой и достоинством человека и ответственность за сохранение ценности человеческой жизни, "вытекающей из высокого богосыновьего сана человека"

**4. "Информированное согласие": от процедуры к доктрине**

      Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Всемирная медицинская ассоциация (ВМА), признавая сосуществование различных этико-медицинских позиций и морально-мировоззренческих ориентаций, регулирует это сосуществование с помощью международных медико-этических кодексов и соглашений. Принципиальный характер по проблеме информированного согласия носят Лиссабонская Декларация о правах пациента (ВМА, 1981 г.) и Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе (ВОЗ, 1994 г.).   
      Утверждению принципа информированного согласия в системе отношений между врачом и пациентом в значительной степени соответствуют не только демократические процессы в современной культуре, но и объективные тенденции развития медицинского знания. Например, в границах "прогностической медицины" с помощью внутриутробной диагностики возможно определить предрасположенность человека к определенным заболеваниям. Как получить согласие на лечение при отсутствии у пациента традиционных, например, болевых симптомов заболевания? Как должна обеспечиваться конфиденциальность? Какой должна быть процедура информирования?   
      Очевидно, что эти факторы, определяющие сегодня медицинское знание, актуализируют проблему "информации" и "согласия", превращая информированное согласие в форму взаимоотношения между врачом и пациентом, наиболее соответствующую происходящим в медицине изменениям.   
      Исторически понятие "информированное согласие" формируется в ходе работы 1-го Военного Трибунала США в Германии , который наряду с Приговором по делу "медиков" в 1947 году подготовил документ, получивший название "Нюрнбергский Кодекс". Нюрнбергский Кодекс стал первым международным "Сводом правил о проведении экспериментов на людях". В пункте первом данного Кодекса впервые используется понятие "добровольное согласие" лица, вовлеченного в медицинский эксперимент. Впоследствии это понятие начинает использоваться в практике судопроизводства США и связывается с определенным порядком судебных разбирательств дел о возмещении вреда, причиненного небрежным лечением. В 50-60-х годах возникает сам термин *informed consent* и соответствующая ему практика признания обязанности врача сообщать пациенту о риске медицинского вмешательства, об альтернативных формах лечения, прежде чем он даст согласие на медицинское лечение. И если в 50-х годах информация носила профессиональных характер, то в 70-х годах для информации был введен "ориентированный на пациента" критерий (*patientoriented*), согласно которому информация должна быть дана в общедоступной форме и включать три параметра: характеристику цели лечения, возможного риска и существующих альтернатив предлагаемому лечению. В судебной практике США информированное согласие и в настоящее время является правовым критерием того, осуществлялась ли врачом забота о пациенте и в какой степени.   
      В качестве примера документирования информированного согласия, выполненного по американскому образцу, может быть рассмотрен формуляр "Основные сведения для пациента", использованный в Институте ревматологии (Санкт-Петербург) для исследования лекарственного препарата лечения поражений периферических артерий. Этот документ содержит семь пунктов:   
      1. Введение.   
      2. Почему проводится исследование эффективности пропинил-лкарнитина при артериальной недостаточности?   
      3. Угрожают ли мне какие-либо опасности?   
      4. Какая может быть польза от проведения исследования?   
      5. Как будет проводится исследование?   
      6. Что от меня будет требоваться и буду ли я в чем-нибудь ограничен?   
      7. Гарантии конфиденциальности.   
      После ознакомления с этим документом пациенту предлагается заверить подписью "Письменное согласие на участие в исследовании", или "Устное согласие при свидетеле на участие в исследовании".   
      Принцип информированного согласия может быть рассмотрен как долго искомая и, наконец, найденная форма правовой защищенности больного, которая восстанавливает изначальное, естественное и фактическое неравенство в отношении врач-пациент. Пациент, не обладая, как правило, специальным медицинским знанием, заранее обречен на зависимость от врача, полагаясь на его профессионализм. С одной стороны этого неравенства - риск пациента, доверяющего врачу свое здоровье, достоинство, жизнь. С другой стороны, риск врача, не застрахованного от так называемых "врачебных ошибок", которые, правда, юридически квалифицируются как "ненаказуемое добросовестное заблуждение при отсутствии небрежности и халатности" [ 1 ], или как "обстоятельство, смягчающее ответственность врача" [ 2 ].   
      Своеобразной компенсацией этого "естественного неравенства" является обеспечение пациента полноценной правовой защитой. К ее основным формам относятся: право на согласие на медицинское вмешательство и отказ от него, право пациента на информацию о состоянии здоровья и обязанность врача и лечебного учреждения обеспечить это право.   
      Чтобы понять специфику информированного согласия, полезно для контраста вспомнить традиционный идеал (или "модель" в терминологии евро-американского опыта) взаимоотношения врача и пациента, который еще несколько десятков лет назад был идеалом и для евро-американской цивилизации. Идеал этот назывался "патернализм" (от лат. pater - отец). Эта "отцовская" или "родительская" (калька с латинского) модель предполагала тщательное изучение врачом состояния больного, выбор врачом для каждого конкретного случая лечения, направленного на устранение боли и ее причин. Согласие больного на планируемое вмешательство определялось тем выбором методов лечения, который делал врач.   
      Одна из причин отступления патернализма во 2-й половине XX века - это практически революционные изменения в медицинской науке, приводящие к принципиально новым возможностям воздействия и управления человеческой жизнью. Это отступление было особенно легким в США, где не существовало и не существует юридического права на медицинское обслуживание, т.е. право на охрану здоровья не гарантируется государством (за исключением тех случаев, когда человек находится в острых, угрожающих жизни состояниях).   
      Принципиально другой - буквально патерналистский - принцип был положен в основу системы советского здравоохранения. Здесь "отцовская" власть государства в системе отношений "гражданин-государство" подкрепляла "родительский" авторитет врача в отношении "пациент-врач" Формулировалось это так: "Забота об охране здоровья населения постоянно находится в центре внимания Коммунистической партии Советского государства" [ 3 ]. В качестве примера патернализма системы здравоохранения могут быть рассмотрены "Основы законодательства СССР и Союзных республик о здравоохранении", принятые VII сессией ВС СССР в 1969 году. В рамках этого закона "впервые в истории человечества был разработан и принят **государственный кодекс** здоровья". Основными принципами советского государственного здравоохранения, которые были узаконены, являлись: профилактика с проведением широких оздоровительных и санитарных мер по предупреждению возникновения и развития болезней, общедоступность, бесплатность медицинской помощи. Человек почти полностью был включен к государственную систему здравоохранения, он обязывался к послушанию с момента рождения до момента смерти.   
      Декларация прав и свобод человека и гражданина, принятая ВС РСФСР в 1991 году, означала вступление России в общий (для европейской культуры) процесс демократического выбора. Конституция РФ 1993 года в статье 42 и "Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан" закрепили право граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь.   
      Все это объясняет достаточно болезненное принятие российским медицинским сообществом во многом непривычных, хотя и отработанных в евро-американском здравоохранении принципов и норм взаимоотношения между врачом и пациентом, центральное место среди которых занимает "информированное согласие".   
      В России понятие "информированное согласие" получает гражданство с момента принятия "Основ Законодательства РФ об охране здоровья граждан"(1993 г.). Смысл, в котором используется это понятие в законе, раскрывается в IV разделе "Права граждан при оказании медико-социальной помощи". Во-первых, с помощью этого понятия фиксируется "согласие на медицинское вмешательство"(статья 32). Во-вторых, провозглашается право пациента на информацию о состоянии своего здоровья, "включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения"(статья 31).   
      В понятии "информированное согласие" в границах данного законодательства соединяются традиционное этико-медицинское правило о "согласии потерпевшего" на медицинское вмешательство и новая законодательная регламентация обязанности врача информировать, и права пациента на информацию. Введение этой регламентации - одно из принципиальных новшеств российского законодательства, свидетельствующее о движении российской медицины в направлении стандартов, действующих в евро-американской цивилизации, приближая, таким образом, столь необходимое для медицинского сообщества наличие единых стандартов.   
      Какие же характеристики отличают информированное согласие? Во-первых, предоставление в полном объеме больному информации, касающейся его заболевания. Во-вторых, компетентность и самоопределение пациента, выбор медицинского вмешательства согласно его пониманию и представлениям. В-третьих, реализация врачом выбора и решения больного, с последовательным информированием о ходе и результатах диагностических процедур и лечения.   
      Особенностью информированного согласия является не только допускаемое противоречие между объективными медицинским показаниями и пожеланиями больного, но и принципиальное принятие субъективного решения пациента иногда с заведомо необъективными основаниями. В связи с этим роль врача в системе взаимоотношений по типу "информированное согласие" заключается в решении трех задач. Первое, это построение и подача информации, которые должны привести пациента к выбору верного решения и при этом должны быть свободны от элементов принуждения и манипуляции. Второе - принятие и признание автономного решения пациента. Третье - добросовестное осуществление выбранного пациентом вмешательства.   
      На какие, безусловно, положительные особенности следует обратить внимание при характеристике информированного согласия? Прежде всего, информированное согласие направлено на максимальное преодоление навязывания пациенту воли и представлений врача о методе лечения и защиту пациента от экспериментально-испытательных намерений специалиста. Далее, информационная модель, отражающая сегодняшнюю специализированность медицинского знания, предполагает и подразумевает предоставление и получение детальной информации высокопрофессионального качества.   
      И наконец, информированное согласие реализует принцип автономии больного, подчеркивая не только определенный правовой статус пациента, юридические правила и нормы, в границах которых должно осуществляться лечение, но и право пациента на решение, соответствующее его собственным ценностям и представлениям о жизни и смерти.   
      Концепция информированного согласия не свободна и от недостатков. С точки зрения многих специалистов, некомпетентность больного делает информационную модель некорректной и "бесплодной". Вызывает сомнение и приоритетная роль некомпетентного пациента в принятии решения. Роли пациента и врача должны быть уравнены, и это прежде всего в интересах самого пациента, принимающего на себя всю тяжесть ответственности за свою некомпетентность. К недостаткам можно отнести и определенную отчужденность, возникающую между врачом и пациентом при таком типе общения, что не способствует преодолению препятствий во взаимопонимании с больным. Этим наносится немалый урон достижению психологического дружественного контакта, диалога между врачом и пациентом, тому "лечебному альянсу", от которого в значительной степени зависит мера доверия пациента и к себе, и к врачу, влияя на ход и успех лечения. Кроме того, необходимо отметить, что сфера влияния модели информированного согласия не должна распространяться на решение вопросов, связанных с эвтаназий. Помимо перечисленных возражений, при детальном приближении к проблеме на процессуальном уровне оказывается, что принцип информированного согласия не в полной мере обеспечивает правовую защищенность больного.   
      Действительно, этот принцип фиксирует, что любое лечение, проведенное при отсутствии информированного согласия, оценивается как противоправное, и если оно повлекло за собой вред, то вопрос о получении возмещения за это решается однозначно. Ситуация осложняется, когда при соблюдении и выполнении обязанности предоставления пациенту необходимой информации и при получении согласия вред все же наступает. В этом случае "информированное согласие" становится формой обеспечения правовой защищенности врача, значительно ослабляя при этом процессуальные позиции пациента.   
      В данной ситуации истец-пациент встает перед задачей доказать связь между лечением и наступившим вредом, вне границ информированного согласия, или перед задачей раскрытия "недоброкачественности", "недостаточности", "неполноты информации", и в этом случае его согласие, выраженное и в устной и в письменной форме, теряет свое значение.   
      Тем не менее, необходимо отметить, что за формально-казуистическим характером анализа различных ситуаций выполнения или невыполнения "информированного согласия", за перечислением его положительных или отрицательных сторон, прослеживаются изменения в **формообразующем принципе** взаимоотношения врача и пациента. В определенном смысле можно говорить если не о смене традиционного формообразующего принципа, коим на протяжении длительной истории врачевания являлся патернализм, то о дополнении его доктриной информированного согласия.

Литература

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Попова Л.М. Смерть мозга. БМЭ, т. 22, с. 453-454. |
| 2. | Тарабарко Н.В. Критерии биологической смерти. Методы оценки потенциального донора. - "Трансплантология". Руководство под ред. ак. В.И.Шумакова. 1995, с. 21. |
| 3. | Low R. Bioethik und Organtransplantation. - "Bioehtik: philosophisch theologische Beitrage zu einem brisanten Thema". Koln. 1990, s. 129. |
| 4. | Олейник С.Ф. Переливание крови в России и в СССР. Киев. 1955. |
| 5. | Бернард С. Река жизни. М. 1965, с. 64. |
| 6. | Олейник С.Ф. Переливание крови в России и в СССР, с. 15. |
| 7. | Прозоровский В.И., Велишева А.С., Бурштейн Е.М. и др. Актуальные вопросы трансплантации и медико-правовые аспекты ее регулирования. - "Судебно-медицинская экспертиза". № 3, 1979, с.7. |
| 8. | Мирский М.Б. Из истории разработки в советской медицине нормативных актов по изъятию кадаверных тканей и органов. - "Актуальные проблемы трансплантации и искусственных органов" М. 1980, с. 114. |
| 9. | Трансплантология. Руководство. Под ред. ак. В.И. Шумакова. М. 1995, с. 13. |