

### Универсальные принципы, моральные нормы и ценности биомедицинской этики

Требования практической медицины и биологии, с одной стороны, и социально-гуманистические ожидания общества, с другой, снова и снова вызывают необходимость обращения к рассмотрению **универсальных этических принципов**, на базе которых вырабатываются конкретные моральные нормы поведения врача и медика-исследователя в условиях развития геномной инженерии и биотехнологий и которые должны быть положены в основу системы обеспечения здоровья народонаселения. Международная общественность и научно-медицинское сообщество ведет постоянную работу в этом направлении. Достаточно вспомнить этические принципы биомедицинских исследований Нюрнбергского кодекса (1947), Хельсинкской декларации (1964), Конвенции Совета Европы «О правах человека в биомедицине» (1996) и др. Как известно, Хельсинкская декларация включает в число основных такие принципы биоэтики, как принцип *автономии личности, информированного согласия и конфиденциальности*. В медицинском научном сообществе разрабатываются и обсуждаются также принципы биоэтики, которые можно было бы признать *универсальными*. В качестве таковых называют, прежде всего, *уважение автономии личности* (ее права на самоопределение) и *стремление к обеспечению блага пациента*, базирующиеся на фундаментальных демократических ценностях — солидарности, соучастии, сострадании, идее коммуникалистских интересов (Б.Дженнингс). «Классические» принципы биоэтики, предложенные Т.Бичампом и Дж.Чилдресом, — так называемые «джорджтаунские мантры», — также включают в себя *уважение автономии личности, справедливость, непричинение зла, ориентацию на благо* (делай до-

бро). Долгое время приоритет в области разработки принципов биоэтики принадлежал США. Основные этические принципы *европейской биоэтики и биоправа*<sup>1</sup>, разработанные в рамках исследовательского проекта Еврокомиссии, — «принципы Кемпа» (по имени П.Кемпа — координатора и автора концептуальных идей) — в качестве основополагающих включают в себя *автономию, достоинство, целостность* и *уязвимость* человеческой личности.

Таким образом, особенностью решения современных биоэтических проблем выступает, прежде всего, их плюралистичность и неоднозначность. При этом приоритет моральных принципов и ценностей, составляющих основу так называемого *принципалистского подхода*, определяет различие дальнейших путей развития биоэтики в Европе и Америке. Несмотря на то, что *принципализм* возникает в США, сегодня он более распространен в Западной Европе. В Северной Америке в настоящее время активно разрабатывается более «приземленный» — *казуистический* подход, связанный не столько с «вечными» проблемами, сколько с конкретными ситуациями, вызываемыми бурным развитием биотехнологий, геной инженерии и т.п. Он нацелен на выработку конкретных правил и рекомендаций по принятию решений в конкретных ситуациях лечения и биомедицинских исследований, а также на их *институционально-организационное обеспечение*, что и нашло свое воплощение в пристальном внимании к организации и деятельности во всем мире биоэтических комитетов. Эти подходы можно охарактеризовать следующим образом:

- *принципалистский*, ориентирующий медика на рефлексию по поводу высших моральных ценностей и биоэтических принципов, обеспечивающих Благо пациента;
- *казуистический*, отвечающий требованиям бурно развивающейся биомедицинской науки и вариативности ситуаций в современной медицине и базирующийся на безоговорочном признании Автономии пациента;
- *институционально-организационный*, основанный на междисциплинарном подходе, соответствующий постмодернистской эпохе «управляемой» этики, более всего «озабоченный» соблюдением принципа Справедливости.

На наш взгляд, особенностью *отечественной биоэтики* является — *интегративный* подход, требующий объединения в деятельности врача и исследователя всех этих подходов. Рассмотрим, прежде всего, универсальные принципы, нормы и ценности биомедицинской этики, соответствующие духовным традициям восточноевропейских культур и велениям времени.

## Универсальные этические принципы

Очевидно, что первое место в ряду биоэтических принципов занимает принцип *автономии личности*. Что касается других принципов, то они выступают в разном «наборе» и иногда несут в себе разное содержание, отражающее специфику региональных походов к правам человека, национальных традиций и ценностей.

*Автономия личности* — принцип биомедицинской этики, основанный на единстве прав врача и пациента, предполагающий их взаимный диалог, при котором право выбора и ответственность не сосредоточиваются всецело в руках врача, а распределяются между ним и пациентом. Согласно этому принципу принятие надежного в этическом отношении медицинского решения основано на взаимном уважении врача и больного и их активном совместном участии в этом процессе, требующем *компетентности, информированности* пациента и *добровольности* принятия решения. Этическим основанием принципа автономии личности выступает признание ее независимости и права на самоопределение. Таким образом, уважение автономии относится, прежде всего, к личности, обладающей возможностью и правом распоряжаться своей жизнью и здоровьем, вплоть до сознательного отказа от лечения, даже если это решение будет стоить ей жизни. Принцип автономии личности тесно связан с другим основополагающим принципом биоэтики — *информированным согласием*.

*Информированное согласие* — принцип биомедицинской этики, требующий соблюдения права пациента знать всю правду о состоянии своего здоровья, о существующих способах лечения его заболевания и риске, связанном с каждым из них. В автономной модели взаимоотношений этот принцип — не жест доброй воли или желание врача, это его обязанность. Информированное согласие, — это коммуникативный диалог врача и пациента, предполагающий соблюдение ряда этических и процессуальных норм: учет психического состояния, уровня культуры, национальных и религиозных особенностей пациента, тактичность врача или исследователя, его моральные качества, способность обеспечить понимание информации пациентом. Правильное информирование о состоянии здоровья и его прогнозе дает пациенту возможность самостоятельно и достойно распорядиться своим правом на жизнь, обеспечивая ему свободу *добровольного* выбора.

*Добровольность* — еще один принцип биомедицинской этики, связанный с автономией пациента. Это уважение свободы волеизъявления личности, что предполагает самостоятельное принятие им решения или согласия на медицинские манипуляции или исследова-

ния при условии информированности и отсутствия внешнего принуждения – не только физического или морального давления, но и зависимости любого рода.

Принципы автономии личности, информированного согласия, добровольности – это принципы «*субъект-субъектного*» порядка, предполагающие равенство и независимость партнеров, активную роль пациента и его право на самоопределение в процессе лечения или обследования. Но по мере развития медицины и вовлечения в биомедицинские исследования и манипуляции все большего числа людей особую роль начинают играть принципы, условно говоря, «*страдательного*» ряда, предполагающие экзистенциальную *заботу* общества и медиков – врачей и исследователей о соблюдении этических требований по отношению к пациентам, попадающим в *зависимость* от них. Особую роль играют в этой связи принципы *целостности* и *уязвимости*, выдвинутые европейскими биоэтиками. Эти принципы непосредственно связаны с уважением достоинства личности и затрагивают как физическую, так и психическую стороны жизнедеятельности индивида.

**Целостность** – это то, что обеспечивает тождественность личности самой себе, ее самоидентификацию, и поэтому не должно подвергаться манипуляциям или разрушению. Целостность связана с «жизненной историей» индивида, которая создается памятью о наиболее важных событиях собственной жизни и интерпретацией жизненного опыта. Иными словами, это уникальность, индивидуальность и неповторимость личности. К сожалению, некоторые медицинские вмешательства, имеющие благую цель восстановить здоровье человека, улучшить его состояние, часто бывают связаны с нарушением целостности. Необходимость защищать психофизическую целостность человека, минимизировать ее нарушения требуют разработки этических и правовых норм, относящихся, в частности, к генетическим манипуляциям и вмешательствам в генетическую структуру индивида, к проблеме использования частей человеческого тела – органов, тканей и т.п.

**Уязвимость** как принцип биоэтики следует понимать в двух смыслах. Во-первых, как характеристику любого живого существа (не обязательно человеческого), каждой отдельной жизни, по своей природе конечной и хрупкой. В этом смысле уязвимость как общая характеристика жизни может иметь более широкое значение, чем только биоэтическое. Она может стать связующим звеном между социально и морально отчужденными в обществе людьми, объединив их в поисках преодоления собственной уязвимости. В определенной мере

весь прогресс в области медицины и биологии может рассматриваться как борьба с человеческой уязвимостью, вызванная стремлением минимизировать или «отодвинуть» ее. При этом уязвимость – в том числе смертность и конечность – оптимистически расценивается как некое обстоятельство, которое может и должно быть преодолено. Правда, здесь есть опасность лишить человека опыта боли и страданий, которые очень значимы в нашем восприятии действительности. Второе понимание уязвимости – более узкое – относится к отдельным человеческим группам и популяциям (бедным, малограмотным, детям, заключенным, инвалидам и т.п.). В этом смысле данный принцип становится основой заботы, ответственности, эмпатии по отношению к другому, более слабому и зависимому. Для своей реализации он требует соблюдения еще одного принципа биоэтики – *принципа справедливости*.

**Справедливость**, в рамках гуманистической биоэтической парадигмы, – это принцип, предполагающий реализацию социальной программы, в соответствии с которой обеспечивается равный доступ всех слоев и групп населения к общественным благам, в том числе получению биомедицинских услуг, доступность фармакологических средств, необходимых для поддержания здоровья, защита при проведении биомедицинских исследований наиболее уязвимых слоев населения. Согласно принципу справедливости, польза для пациента всегда должна превышать научный или общественный интерес.

В последнее время все более обсуждаемым в биоэтике становится **принцип предосторожности**, призванный регулировать принятие решений и осуществление исследовательской и клинической деятельности, когда последствия ее неопределенны и вызывают опасения в силу непредсказуемости или неблагоприятного развития ситуаций. Данный принцип основывается на чувстве ответственности тех, кто принимает решения, делает прогнозы и осуществляет деятельность в условиях рисков (биомедицинских, генетических и др.), с целью избежать или уменьшить *морально неприемлемый ущерб*. Под последним понимается ущерб, который угрожает жизни или здоровью людей; является серьезным и практически невозполнимым; наносится без должного внимания к правам тех, кому причиняется.

Сведение воедино и сравнение американской и западноевропейской моделей биоэтических принципов демонстрирует, прежде всего, их концептуальное единство и, следовательно, «работоспособность» в любых условиях. С другой стороны, прослеживается и некоторое различие. Американская модель ориентирована, в основном, на взаимодействие врача и пациента, в то время как европейская но-

сит более «социологизированный» характер. В европейской биоэтике фундаментальные моральные принципы рассматриваются как *нормы защиты личности в государстве*, что требует более широкого социального контекста справедливости, ответственности и солидарности.

Белорусская концепция биомедицинской этики строится на *универсальных принципах* — и «американских», и «европейских» — но делает крен в сторону их социологизации. Подтверждение тому — принципы *конфиденциальности* и *секретности* в их применении в области клинической медицины и биомедицинских исследований.

### **Принцип конфиденциальности и неразглашение врачебной тайны**

**Конфиденциальность** — принцип биомедицинской этики, проявляющийся во взаимном доверии между врачом и пациентом. Существует два рода этических аргументов, требующих соблюдения принципа конфиденциальности. Первый — *утилитаристский*, базирующийся на соображениях полезности. Суть его в том, что нарушение конфиденциальности резко ухудшает взаимоотношения пациента и врача и затрудняет выполнение последним своих обязанностей. Второй, — *деонтологический* — опирается на гуманистические моральные соображения, по которым каждый индивид как член общества имеет право сам решать, кому и в какой мере его мысли, переживания, чувства, сведения об обстоятельствах его жизни могут быть сообщены другому.

Конфиденциальность предполагает строгое *соблюдение врачебной тайны*, надежное хранение врачом информации, полученной от пациента, анонимность проводимых исследований, минимизацию вмешательства в личную жизнь пациента, тщательное хранение конфиденциальных данных и ограничение доступа к ним не только при жизни, но и после смерти пациента. В соблюдении принципа конфиденциальности проявляется преданность интересам пациента, профессиональная честность и порядочность врача. Сохранение в тайне касающейся пациента информации, *соблюдение секретности* определяется правом каждого человека на невмешательство в сферу его частных интересов.

Основной груз моральной ответственности за соблюдение или несоблюдение секретности и конфиденциальности несет, конечно же, тот, кому непосредственно была доверена тайна — лечащий врач или медик-исследователь. В содержание понятия *врачебной тайны* входят как бы две тайны: во-первых, сведения о больном, полученные от него самого, его родственников, близких ему людей, во-вторых, сведения,

полученные в ходе диагностирования, обследования больного или проведения медицинских исследований — информация, которую следует или не следует доверять больному, «непосвященным», общественности. Эти два аспекта врачебной тайны, переплетаясь между собой, порождают ряд этических проблем. В частности, на каких нравственных принципах и правовых нормах основан институт врачебной тайны? Имеет ли врачебная тайна этические и юридические границы?

Следует оговорить, что соблюдение врачебной тайны — это *категорический императив медицины*, имеющий глубокий гуманистический смысл. Медицинская тайна выступает своего рода проверкой нравственной культуры каждого медика как профессионала и человека. И если согласиться с тем, что нравственное кредо медика — его профессиональный долг, требующий считать благо пациента приоритетной целью, то сохранение врачебной тайны — одно из проявлений этого долга.

В дореволюционной России требование соблюдения врачебной тайны было сформулировано в «Факультетском обещании», даваемом врачами при окончании курса: «Помогая страждущим, обещаю... свято хранить вверяемые мне семейные тайны и не употреблять во зло оказываемого мне доверия». Это обещание налагало на врача не юридическую, а только нравственную ответственность и было недостаточно полным. Так, в обещании говорится о том, чтобы не употреблять доверие во зло. В условиях проведения медицинских исследований речь может идти о более тонких вещах: злоупотребление доверием не из желания навредить, а случайно или даже с добрыми намерениями. Но в любом случае врач, «употребивший во зло оказываемое доверие», не имеет права быть врачом.

Существуют различные ситуации разглашения врачебной тайны. Врачебная тайна может разглашаться по причине болтливости медика, когда он делает это без умысла, а скорее по недомыслию. Такая болтливость свидетельствует о нежелании и неумении выделить предмет врачебной тайны из той информации, которой он владеет в силу своей профессии. А это уже профессиональное невежество, низкая профессиональная культура. Другая причина несоблюдения врачебной тайны — отсутствие такта и скромности врача. Особенно явно проявляется безнравственная сущность подобного поведения, когда медицинский работник, имея дело с известными в обществе людьми, раскрывает перед посторонними тайны их болезней, интимной и семейной жизни. Тем самым он как бы демонстрирует «посвященность», «приобщенность» к их жизни, испытывая на себе отблеск их славы.

Все более распространенным становится разглашение врачебной тайны из меркантильных интересов, соображений престижа или сенсационности. Желание заявить о своем приоритете, разрекламировать свои достижения (находящиеся даже еще на стадии разработки) ведет зачастую к разглашению имен пациентов, особенно широко известных, иногда под прикрытием «случайной» утечки информации. Особенно распространено это в косметологии, фармакологии и даже в случаях экстракорпорального оплодотворения или суррогатного материнства, когда разглашение тайны может нанести потенциальный вред третьему лицу.

Поэтому врачебную тайну следует рассматривать как модификацию заповеди «Не вреди»: не вреди личности пациента, спокойствию его и его близких, ибо благополучие человека определяется не только его физическим здоровьем, но и нравственным комфортом. Императив неразглашения врачебной тайны требует от медика морально-целеустремленной и профессионально-грамотной заботы о *чести и достоинстве* пациента и его близких. Таким образом, нравственным основанием запрета на разглашение врачебной тайны является недопустимость оскорбления чести и достоинства пациента путем диффамации — оглашения фактов интимной жизни человека, не подлежащей вторжению постороннего любопытства. Кроме того, разглашение тайны может угрожать спокойствию, миру, а иногда и существованию семьи больного.

Нарушение врачебной тайны, как писал В.В.Вересаев, «на практике, в рядовой массе врачей, ведет к ужасающему легкомыслию и к возмутительнейшему пренебрежению к самым законным правам больного». Ведь, по сути, речь идет о *вмешательстве врача в личную жизнь больного*, что само по себе является серьезной нравственной проблемой. К сожалению, в Советском Союзе нарушение принципа соблюдения врачебной тайны стало после революции 1917 г. безнравственной государственной политикой. В 1925 г. нарком здравоохранения Н.А.Семашко объявил врачебную тайну пережитком старой кастовой врачебной практики и старых глупых предрассудков, подчеркнув, что советское здравоохранение держит «твердый курс на уничтожение врачебной тайны как пережитка буржуазной медицины». Этот курс сохранялся в СССР долгие годы.

Современная деонтология отрицательно относится к безграничному и легкомысленному вмешательству в интимный мир пациента. Вместе с тем для определения диагноза и выбора оптимальных средств лечения, а также при проведении клинических исследований и испытаний врач должен знать условия и образ жизни больного, особен-



ности его психического состояния. Нередко в интересах самого больного врачу приходится корректировать его морально-психологические установки, ограничивать или стимулировать те или иные потребности, рекомендовать изменить образ жизни. Естественно, необходимость такого вмешательства повышает *моральную ответственность* врача, требует от него высоких нравственных качеств. Пациент должен быть абсолютно уверен в его честности, порядочности, способности сохранить врачебную тайну. Он должен испытывать к врачу доверие как к человеку.

Сохранение врачебной тайны, обеспечивающее надежность партнерских отношений между врачом и пациентом, выступает адекватным морально-этическим ответом медика на *доверие* и *откровенность* больного, своего рода платой за них. Вверяя врачу свою жизнь, пациент надеется на милосердие, сострадание к себе со стороны врача. Обнажаясь перед врачом и физически, и эмоционально, больной ожидает от последнего не только сочувствия, но и соучастия, при котором врач «возьмет на себя» его боль. Именно экстремальная ситуация вынуждает пациента впустить врача в свою личную жизнь. Подчас больной открывает врачу секреты, тайны своих переживаний, которые скрывает даже от своих родственников и которых стыдится сам. В силу своей профессии врач становится для него самым близким человеком, его «доверенным лицом». Возникает *нравственный союз*, в котором больной идентифицирует врача с собой, полностью доверяя ему, а врач идентифицирует себя с пациентом, воспринимая его боль и принимая все меры для ее облегчения. При этом пациент и его родственники должны быть уверены, что высказанная ими информация не станет достоянием других людей, не имеющих отношения к лечению или исследованию, и не повредит пациенту в будущем, что достоинство пациента будет сохранено и защищено. Доверие во взаимоотношениях между врачом и пациентом повышает эффективность медицинской помощи, устраняет причины, заставляющие пациента избегать лечения, в частности *боязнь огласки*.

Особенно необходимо сохранение врачебной тайны для пациентов, страдающих психическими или так называемыми «социальными» недугами — наркоманией, алкоголизмом, венерическими заболеваниями, СПИДом. Передача посторонним лицам информации о таких пациентах не только порождает чувство ущербности у них, но и может вызвать множество социальных проблем: послужить причиной их дискриминации на службе, в семье. Поэтому необходим, во-первых, контроль над соблюдением конфиденциальности получаемой информации врачами и медиками-исследователями, в частнос-

ти, со стороны биоэтических комитетов, во-вторых, практическое обеспечение сохранения врачебной тайны, например, путем создания анонимных кабинетов для лечения и обследования пациентов.

Это тем более важно, что в современных условиях организации здравоохранения происходит значительная утечка информации, причем часто не по вине медиков. Так, отступлению от принципа конфиденциальности способствует технический прогресс, например, создание компьютерных банков данных в крупных клиниках, а также проведение мультидисциплинарных исследований. В результате значительная часть медицинского и административного персонала получает свободный доступ к историям болезни пациентов. Систематическое нарушение принципа конфиденциальности происходит также при оформлении больничных листов, санаторно-курортных карт и т.д. Эти вопросы требуют своего этического решения, однако сложность практической стороны дела не может служить оправданием нарушения принципа конфиденциальности.

В связи с этим встает вопрос о *мере моральной ответственности* врача за сохранение врачебной тайны при лечении, а медицинского учреждения в целом — при организации и проведении исследований. Моральная ответственность должна дополняться *юридической ответственностью* за «потаенность» личной жизни человека. В Законе Республики Беларусь «О здравоохранении» подтверждается, что за разглашение врачебной тайны медицинские и фармацевтические работники несут ответственность в соответствии с законодательством (ст. 60).

Особое место в соблюдении врачебной тайны занимает *проблема субъекта*, которому врач сообщает информацию о диагнозе, результатах исследования или испытаний. Прежде всего, такая информация сообщается пациенту. Во-вторых, таким субъектом могут быть и родственники, если это обусловлено необходимостью ухода за больным и не противоречит его воле. Обычно родственники заинтересованы в сохранении здоровья близких. Но бывают ситуации, когда они, напротив, желают смерти близкого человека, или пациент находится в конфронтации с ними. Возможно, у него есть другое доверенное лицо, которое представляет его интересы, и он сообщает об этом врачу или юридически оформляет доверенность на имя этого человека. В таких случаях врачу предстоит решать, чью волю он должен исполнить: волю больного или его родственников.

Субъектом получения конфиденциальной информации могут выступать и общество, государство, его правоохранительные органы. Так, в Законе РБ «О здравоохранении» однозначно указано, что медицинские и фармацевтические работники обязаны сообщать о со-

стоянии здоровья граждан: органам охраны здоровья, дознания и следствия; судам по их требованию; правоохранительным органам при выявлении, что смерть или телесные повреждения наступили вследствие внешних воздействий насильственного характера (ст. 60). Выступая свидетелем по требованию судебной власти, врач не имеет права умалчивать о том, что ему известно. При столкновении обязанности соблюдать врачебную тайну с обязанностью способствовать суду в раскрытии истины закон отдает преимущество последнему. Вместе с тем с моральной точки зрения проблема выбора всегда остается мучительной для врача: сделать субъектом доверительных отношений пациента или правоохранительные органы.

С проблемой субъекта тесно связан вопрос об этических и юридических *границах сохранения тайны*, доверенной пациентом врачу. Они оговорены как в кодексах, декларациях медиков, так и в законодательствах государств по вопросам охраны здоровья. Уже формула неразглашения врачебной тайны в клятве Гиппократов подразумевает, что существуют ситуации, освобождающие врача от обязанности хранить тайну. Они определяются тем, насколько личный интерес пациента в сохранении его тайны совпадает с интересами общества или других людей. При отсутствии противоречий этические и юридические границы тайны остаются неприкосновенными. В случаях же, когда конфиденциальная информация, полученная врачом от пациента, угрожает здоровью или безопасности других, ее разглашение допускается, а иногда и прямо предписывается. Например, согласно британскому Кодексу профессионального поведения врачей, это возможно, когда речь идет о совершенном, задуманном или готовящемся преступлении; о мошенничестве; о возможности наказания невиновного за преступление, которого он не совершал; о лечении с использованием опасных препаратов; о медицинском шарлатанстве и т.д. С юридической и нравственной точки зрения есть также граница, за которой молчание венеролога может быть им нарушено без всякого опасения обвинения в несоблюдении тайны. Это случаи умышленной, сознательной передачи венерической болезни или СПИДа другому лицу. Здесь не может быть и речи о соблюдении тайны.

Вместе с тем существует множество пограничных ситуаций, которые, не будучи специально оговорены в законодательстве, требуют от врача конкретного нравственного решения. Это ситуации, когда принцип конфиденциальности может вступать в противоречие с другими обязательствами врача перед пациентом. Так, желая уберечь больного от суицида, врач должен сообщить близким, что больной находится в состоянии тяжелой душевной депрессии. Допустимо на-

рушение принципа конфиденциальности и в тех случаях, когда его использование может нанести ущерб другому лицу (например, врач обязан сообщить в соответствующие органы о случаях жестокого обращения с детьми). Недопустимо также сокрытие врачом некоторых заболеваний (эпилепсия, сердечно-сосудистые заболевания) у лиц определенных профессий (стрелочник, водитель, пилот).

Особенно серьезные разногласия возникают у врачей-психиатров о праве (или обязанности) нарушить врачебную тайну в тех случаях, когда больной сообщает врачу о своем намерении совершить убийство или другое противоправное действие. Часть врачей считает, что нарушение тайны в этом (как и в других случаях) резко уменьшит число больных, обращающихся к ним за помощью, снизит искренность и доверие больного, а это понизит эффективность лечения и, в конечном счете, лишь увеличит число противоправных поступков. Однако с подобным утверждением согласны далеко не все врачи, считая, что не следует абсолютизировать сохранение врачебной тайны любой ценой, особенно когда есть угроза безопасности для других людей.

Необходимость защиты интересов личности ограничивает круг субъектов, которым может быть разглашена профессиональная медицинская тайна, в основном, правоохранительными и здравоохранительными органами. Однако проблема этических и правовых границ врачебной тайны неоднозначна и по-прежнему заслуживает осмысления и обсуждения. Известно, например, что пределы хранения врачебной тайны должны простирается до смерти больного, а в тех случаях, когда оглашение тайны может повредить его потомству или нарушить семейное спокойствие, то и дальше. Однако безусловное воспреещение посмертного обнародования врачебной тайны по отношению к общественным деятелям, имя которых принадлежит истории, может идти вразрез с законным желанием современников и потомков знать причины их смерти и разрешить сомнения, возбуждаемые противоречивыми толками.

Проблема это не новая. Требование безусловного соблюдения врачебной тайны восходит ко времени так называемой «храмовой медицины». Не случайно в Древнем Риме медицину называли искусством молчания. Но и сегодня врачебная тайна сохраняет элементы кастовости в виде зон умолчания, обеспечивающих защиту интересов «жрецов» государственной власти, особенно в условиях авторитарных режимов. Наглядным примером стало сокрытие от народа и извращение истинного состояния радиационной активности после Чернобыльской аварии. Проявляется это и в утаивании «правительственными врачами» информации о состоянии здоровья первых лиц в государстве, от деятельности которых зависят судьбы народов и стран.

Демократические преобразования в обществе требуют расширить законодательные рамки, касающиеся субъектов, о которых и для которых профессиональная врачебная тайна не только может, но и должна быть разглашена. Информация о состоянии здоровья первых лиц в государстве не должна составлять тайну, если она свидетельствует о том, что руководитель не в состоянии адекватно принимать важные государственные решения. Народ не из некрологов и не из исторических исследований под грифом «Совершенно секретно» должен узнавать о том, что им управляли «живые трупы» или психически больные люди. Он должен быть вовремя информирован о состоянии здоровья руководителей государства и иметь возможность выразить свое отношение к данному явлению. Думается, что в таком подходе выражается гражданское достоинство и избранных, и избирателей, в том числе и врача. Врач в свободном обществе должен быть свободным человеком, а не находиться в зависимости от воли руководителей государства.

Законодательно следует закрепить и положение о том, что руководители государства, в том числе и министр здравоохранения, должны нести юридическую ответственность за сокрытие от населения информации об авариях на промышленных предприятиях, связанных с нарушениями экологической ситуации и оказывающих влияние на состояние здоровья людей и всего живого на планете. Контроль над соблюдением этих требований должен составлять прерогативу комитетов по биоэтике.

### **«Не навреди» – гуманистическая норма биомедицинской этики<sup>2</sup>**

Важнейшие этические принципы находят отражение, как известно, в нормах и ценностях. История общества всегда включала в себя в качестве величайшей ценности человеческую жизнь. В медицине отношение к жизни больного как ценности нашло отражение в этическом принципе «святости жизни»: «Не навреди», который стал гуманистическим идеалом врачевания. Он представлен переживаниями сострадания и сорадования врача и больного и реализуется в актах их содействия, соучастия и помощи.

Содержание принципа «Не навреди», являясь выражением способа существования межличностных взаимоотношений «Я» (врача) и «Другого» (больного) на протяжении истории медицины углублялось, определяясь той социальной реальностью, в которой этот принцип осуществлялся. До XX столетия взаимоотношения Я и Другого в большей степени носили *субъект-объектный* характер. А потому и в

медицине Другой (больной) рассматривался в основном как объект познания и воздействия для Я (врача). Субъективность больного мало учитывалась. Такой характер взаимоотношений между врачом и пациентом во многом был обусловлен низким уровнем информированности больного, что нашло отражение в господствовавшей на протяжении 24 столетий *патерналистской модели*. В соответствии с ней врач полностью брал на себя ответственность за лечение и его исход; предоставление информации пациенту находилось в исключительной компетенции врача.

Особенностью общественной жизни XX–XXI вв. является понимание социальной реальности как *интерсубъективности* – особого рода реальности, в которой взаимоотношения Я и Другого являются не только выражением их взаимодействия как «субъекта» и «объекта», но и как «субъекта» (врач) и «субъекта» (больной), наделенных одинаковой активностью. В медицине интерсубъективность ознаменовалась появлением в середине XX в. новой модели взаимоотношений между врачом и больным – *«модели сотрудничества»*, в которой они выступают как равноправные партнеры. Их равноправность основана на принципах автономности и информированного согласия.

Гуманистический характер «модели сотрудничества», строящейся на принципе *субъект-субъектных* отношений Я и Другого, где в качестве равноправных субъектов выступают и врач, и больной, не отрицает значения нравственного авторитета врача, основанного на его профессиональных знаниях, компетентности и опыте, а включает и ответственное отношение к процессу лечения информированного больного, а также контроль последнего над выполнением врачом нравственного идеала «Не навреди».

В условиях повышения роли пациента в принятии на себя ответственности за ход и исход лечения врач должен иметь в виду, что любое, даже самое продуманное его решение, может иметь лишь вероятностный результат, ибо он будет зависеть от субъективной устремленности больного. А она может измениться по его воле в любой момент, поскольку только он выступает полноправным хозяином своих устремлений. Поэтому врач должен обратить внимание на то, что сферой взаимоотношений между Я и Другим является соприкосновение, взаимное проникновение личностных миров его и больного. При этом каждый из этих миров субъективен, а потому ни врач, ни больной не вправе, например, выставлять требование целиком разделять взгляды и убеждения (религиозные, политические, философские и даже научные), близкие и дорогие каждому из них. Принятие универсальных прав и свобод, уважение самовыражения человечес-

кой индивидуальности, т.е. *толерантность* является эмпирическим выражением идентификации Я и Другого и условием соблюдения принципа «Не навреди».

Принцип «Не навреди», выступая регулятором взаимоотношений личностных миров врача и больного, включает в себя и конфиденциальность, и коллегиальность, и свободный выбор пациентом врача, и беспристрастный анализ врачом ошибок своих коллег, как и своих собственных. Врач должен препятствовать практике бесчестных и некомпетентных коллег и различного рода непрофессионалов, наносящих ущерб здоровью пациента.

### **Высшие моральные ценности в биомедицинской этике**

Основополагающие *универсальные этические принципы и нормы* не исчерпывают собой методологическую базу моральной регуляции в медицине. К ее базисным основаниям относятся также *высшие моральные ценности*, выступающие формой проявления и дополнения биоэтических принципов. Как могут и должны проявлять себя в деятельности медицинского работника — на теоретическом и практическом уровнях — эти ценности, как регулируют они нормы поведения врача и исследователя, всегда ли они выступают основой «стратегии и тактики» их профессионального выбора? Ответ на эти вопросы предполагает, в свою очередь, решение двух этических проблем.

Во-первых, это проблема установления однозначной экспликации сущности и признаков *Жизни* и *Смерти* человека как *высших базовых ценностей*. До сегодняшнего дня единства в их понимании нет, что трагически, можно сказать, смертельно, сказывается на судьбах людей, ждущих, например, донорских органов от умерших людей для пересадки. Решение этой задачи, которое должно стать делом совокупных усилий медиков, философов, этиков, танатологов, представителей религиозных конфессий, юристов даст возможность определиться, наконец, в решении вопроса о праве человека на *достойную жизнь* и столь же *достойную смерть*. А это, в свою очередь, выступает необходимым основанием деятельности трансплантологов, реаниматологов, акушеров-гинекологов и других специалистов. Тема эта настолько глубока и серьезна, что требует отдельного разговора.

Во-вторых, это проблема активного включения в лечебную и исследовательскую практику в качестве руководства к действию свода *высших моральных ценностей* — таких, как *Добро* и *Зло*, *Страдание* и



*Сострадание, Свобода и Ответственность, Долг и Совесть, Честь и Достоинство.* Это проблема решаемая, и решать ее можно без особого напряжения: путем биоэтического вузовского образования, повышения уровня этических знаний у практикующих врачей, руководителей сферы здравоохранения, разумеется, при условии осознания ее значения на всех уровнях. Дело в том, что, с одной стороны, у современных медиков, особенно молодых, эти ценности стали терять свой престиж и значимость, и их необходимо вернуть; с другой — преломленные сквозь призму профессиональной деятельности эти ценности обретают в медицине особую специфику. Причем оказывается, что специфика эта часто приводит к рассогласованию их восприятия и оценки «обычными» людьми и медицинскими работниками. Особенно наглядно это видно на примере отношения к таким категориям, как добро и зло, проявляющим в сфере медицины относительность и нерасторжимую связь; страдание и сострадание, демонстрирующим иногда неизбежность и даже полезность первого и сомнительное значение и опасность второго; свобода, дающая медику и биологу-исследователю право на риск, а поэтому и на ошибку, но и налагающая за них высокую ответственность.

Особое место в этом ряду занимает категория *достоинство*. В широком этическом контексте это, прежде всего, *объективная самооценочность*, которой обладает каждый человек по праву своего рождения только потому, что он человек (отсюда — *человеческое достоинство*). Все люди, и пациенты в том числе, независимо от их социального статуса, психического и физического состояния и поведения имеют равные права на признание и уважение *собственного достоинства*. Таким образом, в биомедицинской практике этот принцип охватывает более широкий круг ситуаций, чем принцип автономности, который предполагает *осознанную* дееспособность и самостоятельность личности. Уважение же человеческого достоинства связано не только с наличием осознания и чувства своего достоинства, которые проявляются во внутренней уверенности личности в собственной ценности, в сопротивлении попыткам посягнуть на свою индивидуальность и независимость, в самоуважении. Их может и не быть. Уважение достоинства относится и к таким ситуациям, когда человек не в состоянии выразить свою волю, когда в силу своего физического или психического расстройства он совершенно не способен к автономным действиям, когда приходится говорить даже не о человеческой личности, а о человеческом существе. Речь идет о таких ситуациях, как вегетативное существование, тяжелые формы гериатрического состояния, эксперименты с эмбрионом человека и др.



В медицине, как нигде более, понятие *достоинства* человека находится в сложном взаимодействии с переживаемыми им *болью и страданием*<sup>3</sup>. Существуют две противоположные точки зрения по поводу влияния боли и страдания на человеческое достоинство. Первая — сильные боль и страдание *лишают человека достоинства*; именно поэтому иногда смерть предпочтительней жизни в непереносимых физических или душевных мучениях. Вторая — в том, как человек ведет себя перед лицом страданий, проявляется его сущность; поэтому желание жить вопреки боли и страданию не умаляют, а *упрочивают человеческое достоинство*. Такие разные подходы, от которых иногда зависит решение многих важнейших проблем биоэтики, в частности отношение к эвтаназии, определяются спецификой понимания сущности, места и роли *страдания как моральной ценности* в сфере медицины.

**Страдание** — это эмоциональное состояние человека, порожденное трудностями, превышающими его физические, душевные и духовные возможности. Причины его могут быть различны: боль, шум, яркий свет, громкая речь, болезнь человека или его близких, разочарование, неудача, расставание с семьей и друзьями. Страдание бывает связано с личными установками человека или вызвано воспоминаниями и предвидением условий, при которых оно возникало или должно возникнуть. Но какими бы ни были причины страдания, безусловно одно: «Всякое страдание и болезнь вносят в духовный мир человека такие перемены, которые меняют подчас гармонию личности, а также характер отношения к самому себе, ко всему окружающему» (Г.И.Россалимо). Это ситуация, в которой человек чувствует себя одиноким, потерпевшим поражение.

Будучи не в состоянии преодолеть трудности самостоятельно, страдающий человек нуждается в поддержке. Тем более в такой поддержке нуждается больной человек. Именно физическое и психическое состояние заставляет его обратиться к врачу, основное предназначение которого — *освободить пациента от страдания*. Поэтому каждый, кто встал на путь врачевания, не может смириться со страданиями больного и привыкнуть к ним. Напротив, он должен знать, в чем заключается сущность страдания, каковы его причины, как оно проявляется и как помочь пациенту преодолеть его. Вместе с тем следует помнить и о том, что *страдание, боль* — это еще и показатель и симптом болезни, а иногда (например, при родах) и естественное состояние для пациента. Тем более, что корреляция *боли и страдания* неоднозначна: боль испытывает тело, а страдание — личность; боль не обязательно влечет за собой страдание; страдание человек может испытывать и без боли; страдает не только тот, кто испытывает боль,

но и сопереживающие ему; боль сопровождается страданием, когда она невыносима, не прекращается, внушает страх или отвращение; боль преодолима, если она имеет смысл — осмыслена.

Поэтому, стремясь облегчить боль и страдания больного, врач не должен делать это самоцелью, добиваясь облегчения любой ценой (например, ценой образования впоследствии у больного наркотической зависимости). В связи с этим следует сказать о столкновении альтернативных точек зрения. Представители одной из них — «безболезненной» медицины, считают, что везде, где только можно, следует стремиться снимать боль и неприятные ощущения у пациента (лечение зубов под общим наркозом). Другой — медицины «суровой», считают, что боль, страдание следует рассматривать как сигнал, изменение интенсивности которого свидетельствует о течении заболевания, помогая врачу корректировать его действия, и поэтому они должны иметь место. Нравственный ориентир врачу в отношении к страданию больного дает *сострадание*, помогая ему находить «золотую середину», проявлять необходимую гибкость, облегчая или сохраняя страдание.

*Сострадание* — способность страдать вместе с другим, сочувствовать, сопереживать, соболезновать ему — является, на наш взгляд, неотъемлемым качеством врача. В основе этой способности лежит высоко развитая эмоционально-чувственная сторона морального облика личности. Можно утверждать, что для врача — это элемент его профессионализма. Однако существует точка зрения, что сострадание «мешает» врачу, отвлекает его на эмоциональные переживания вместо того, чтобы сконцентрировать все силы на рационально-рассудочном анализе хода болезни, стратегии и тактики ее преодоления, поисках оптимальной методики лечения. Кроме того, как считают сторонники подобного рационализма, сострадание препятствует моментальному принятию решения, заставляет врача колебаться, терять драгоценное время в экстремальных ситуациях (поэтому, в частности, по их мнению, женщинам, у которых эмоционально-сострадательная сфера развита сильнее, чем рационально-аналитическая, труднее быть хирургами).

Важно не декларировать сострадание, а на деле проявлять его. Наиболее действенной, «практической» формой сострадания выступает *милосердие* — общечеловеческая моральная ценность, проявление человеческого в человеке. Врач и лингвист Вл. Даль в своем «Толковом словаре» определил *милосердие* как сердоблюбие, готовность делать добро всякому, любовь на деле. Человека доброго, *милосердного* отличают от равнодушного и жестокого, от подлеца и демагога не высокие слова, а добрые дела по отношению к конкретному челове-

ку, попавшему в беду. Особенно велика роль милосердия в медицинской практике, где врачи, медсестры, фармацевтические работники имеют дело с инвалидами, тяжелобольными, немощными стариками. В истории медицины есть немало примеров, когда врачи были начинателями добрых дел, проявляя тем самым верность принципам гуманизма и милосердия. На могильном камне замечательного русского врача-гуманиста Ф.И.Гааза начертан девиз его жизни: «Спешите делать добро», который должен быть девизом каждого медика. А.П.Чехов говорил, что профессия врача — это подвиг. Она требует чистоты души и помыслов. Поэтому будет правильным утверждать, что страдание и сострадание — это конкретное проявление *Добра* и *Зла* в медицине.

*Добро* и *Зло* — эти обобщенные формы разграничения и противопоставления *нравственного* и *безнравственного* — являются критериями любой поведенческой деятельности человека. Особое значение приобретают они в медицине, от которой во многом зависит не только сохранение, но и качество жизни людей. Не случайно в профессиональных деонтологических кодексах и клятвах сформулированы нравственные принципы и идеалы, определяющие мотивы и действия врача. Они выступают *нормами добра*, и ими должен прежде всего руководствоваться врач при определении стратегии и тактики лечения и исследования.

Казалось бы, их соблюдение автоматически решает проблему Добра и Зла. Но дело в том, что нравственные коллизии медицины здесь только начинаются. Действительно, «не навредить» — значит не сотворить зла. Но что есть зло в каждом конкретном случае? Хирургическое вмешательство, которое может спасти жизнь больному, но может и «навредить» (оказаться бессмысленным или неудачным, усугубить его страдания) — добро это или зло? Что делать: ждать, пустить болезнь «на самотек», опасаясь «навредить», или, наоборот, спешить предпринять все необходимое, ибо «промедление смерти подобно»? Многое здесь зависит от темперамента, характера, решительности врача, его способности к риску, его моральных установок и мотиваций. Что, например, окажется сильнее: стремление помочь, облегчить страдания, «не навредить» именно этому больному, или здоровая любознательность исследователя, желание испробовать еще одну методику, чтобы спасти многих, даже попутно «навредив» одному? Причем речь здесь идет о благородных мотивах, но даже они могут быть «добром» или «злом». Что же говорить о таких низменных мотивах, как карьера, личное благополучие или спокойствие, которых часто добиваются, именно «навредив».

Но если навредил, сотворил зло, не желая того, не специально, а, скажем, по неведению, оправдывает ли это зло? Смотря по тому, что это за неведение: неведение самой медицины (которая действительно сегодня еще многого не знает и не умеет), или личное неведение врача? Ведь часто фразой «медицина здесь бессильна» некомпетентные, непрофессиональные врачи прикрывают свое собственное бессилие и творимое ими зло. Медицина уже знает, может, умеет, а он, врач, не слышал, не читал, не знает, по-прежнему остается на уровне устаревших учебников.

Есть области медицины, в которых выполнение заповеди «Не навреди» особенно проблематично, например в психиатрии. Здесь, корректируя поведенческие реакции больного, приводя их «в норму», медицина вторгается в область личностной автономии субъекта. Это Добро или Зло? Для кого: для больного или окружающих? Не случайно именно по этическим соображениям наложен мораторий на некоторые методики в области психиатрии.

Или: что означает в медицине библейское общечеловеческое «Не убий», когда, несмотря на действия врача или даже в их результате, наступает смерть больного – это «убийство»? И если да, то всегда ли это – зло? А если это помощь больному в прекращении его страданий? Но имеет ли врач юридическое и моральное право на подобную «помощь»? Или другая традиционная медико-морально-христианская проблема: аборт – это убийство, это нарушение заповеди «не убий»? И как решить здесь проблему добра и зла, особенно если речь идет о плоде с заранее известными аномалиями развития?

Как видим, проблема Добра и Зла в медицинской этике не ограничивается простым постулированием, «что такое хорошо, и что такое плохо». Она нацеливает на неоднозначные решения в конкретных ситуациях. Решения эти облегчает или затрудняет то, что, как известно, в реальной жизни нет абсолютного Добра и абсолютного Зла. Каждое явление и действие может в той или иной степени нести в себе и то, и другое. И задача врача – суметь выявить эту степень и минимизировать Зло, максимально творя Добро.

Очевидно, что большинство проблем, связанных с особенностями проявления высших моральных ценностей, носят и в клинической, и в исследовательской медицине «открытый» характер, поскольку они ставят врача, исследователя, пациента перед *выбором*, который не является однозначным и простым и может быть одинаково мучительным для всех сторон.

Вместе с тем наличие и необходимость выбора порождает и определенное противоречие: *вариативность выбора* входит в конфликт с требованиями *нормативной регуляции*, которая, напротив, предпо-

лагает *однозначность решения*, особенно если речь идет о правовой регуляции. Но ведь без правовой базы, четко определяющей права и обязанности обеих сторон, исследования невозможны и опасны.

Разрешение этого противоречия — между гуманистической свободой выбора и авторитарными предписаниями права — зависит от уровня *этической компетентности*, которая требует *биоэтического образования* разных групп участников исследовательского процесса:

- в первую очередь, самих исследователей: медиков, генетиков биологов;
- представителей власти и правовых институтов, принимающих законы и решения;
- членов Комитетов по биоэтике, не имеющих специального этического образования;
- испытуемых, информирование которых предполагает наличие некоторого «предзнания»;
- населения, из которого «рекрутируются» испытуемые и общественное мнение которого оказывает определенное влияние на направление биомедицинских и генетических исследований в обществе.

Вместе с тем низкий этико-образовательный уровень этих категорий — проблема не только всех регионов постсоветского пространства, но и многих других стран. Причем даже тогда, когда образовательный уровень можно признать удовлетворительным, оказывается, что эта медико-этическая образованность носит *традиционно-патерналистский характер*. Так, мы никак не можем привыкнуть к тому, что право человека на жизнь и смерть — это *его* право, а не врача, исследователя, законодателя. Патернализм, в свою очередь, уходит корнями в авторитарную этику, признающую в качестве высшей ценности интересы общества, государства, науки, а не индивидуальную личность. Это ставит нас перед необходимостью формирования у медиков, биологов, генетиков, у политиков и обычных граждан *новой гуманистической этической установки*, достигаемой путем биоэтического просвещения. Но это уже другая тема.

### Примечание

- <sup>1</sup> Basic ethical principles in european bioethics and biolaw / Ed.: J.D.Reindtorff, P.Kemp. Vol. I: Autonomy, dignity, integrity and vulnerability. 428 p.; Vol. II: Partners' research. 372 p. Barselona, 2000 Рецензия Б.Г.Юдина (Вопр. философии. 2003. № 5. С. 180—183).
- <sup>2</sup> Принцип «Не навреди» является предметом постоянных раздумий медиков — от Гиппократов до наших дней. В данном разделе представлена его интерпретация Э.А.Фонотовой.
- <sup>3</sup> Пулман Д. Достоинство человека, боль и страдание // Человек. 2001. № 3. С. 104—114.