Российский Государственный Медицинский Университет

Кафедра философии РГМУ

РЕФЕРАТ

Тема: Биоэтика: проблема взаимоотношения с биологией, философией,

этикой, психологией, медицинской деонтологией и правом.

Аспирант: Куринов С. Б.

Кафедра: медицинской и биологической кибернетики

Москва, 1998г.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Биоэтика или этика жизни. 3
2. Этика жизни и традиции русской философии. 3
3. Исторические модели моральной медицины. 7
	1. Модель Гиппократа («не навреди»). 7
	2. Модель Парацельса («делай добро») 7
	3. Деонтологическая модель (принцип «соблюдения долга»). 7
	4. Биоэтика (принцип «уважения прав и достоинства человека»). 8
4. Модели моральной медицины в современном обществе. 8
	1. Модель технического типа. 8
	2. Модель сакрального типа. 9
	3. Модель коллегиального типа. 10
	4. Модель контрактного типа. 10
5. Принцип информированного согласия. 10
6. Биоэтика и практическая медицина. 13
	1. Психиатрия. 13
	2. Эвтаназия. 18
	3. Аборты, ЭКО и контрацепция. 20
	4. Терапия фетальными тканями 21
7. Список литературы. 22

 БИОЭТИКА представляет собой важную точку философского знания. Формирование и развитие биоэтики связано с процессом трансформации традиционной этики вообще, медицинской и биологической этики в частности. Оно обусловлено, прежде всего, резко усиливающимся вниманием к правам человека (в медицине - это права пациента, испытуемого и т.д.) и созданием новых медицинских технологий, порождающих множество проблем, требующих решения, как с точки зрения права, так и морали.

Кроме того, формирование биоэтики обусловлено грандиозными изменениями в технологическом оснащении современной медицины, огромными сдвигами в медико-клинической практике, которые стали возможными благодаря успехам генной инженерии, трансплантологии, появления оборудования для поддержания жизни пациента и накопления соответствующих практических и теоретических знаний. Все эти процессы обострили моральные проблемы, встающие перед врачом, перед родственниками больных, перед средним медперсоналом. Существуют ли пределы оказания медицинской помощи, и каковы они в поддержании жизни смертельно больного человека? Допустима ли эвтаназия? С какого момента следует отсчитывать наступление смерти? С какого момента зародыш можно считать живым существом? Допустимы ли аборты? Вот лишь некоторые из тех вопросов, которые встают перед врачом, а также перед широкой общественностью при современном уровне развития медицинской науки.

I. Биоэтика или Этика жизни.

БИОЭТИКА как исследовательское направление междисциплинарного характера сформировалось в кон. 60-х - нач.70-х гг. Термин «БИОЭТИКА» предложен В. Р. Поттером в 1969 г. Трактовка ее разнородна. Прежде всего, биоэтику пытаются отождествлять с биомедицинской этикой, ограничив ее содержание этическими проблемами отношений «врач - пациент». Более широкое понимание биоэтики включает в себя ряд аксиологических, социальных проблем и проблем, связанных с системами здравоохранения и с отношением человека к животным и растениям. Кроме того, термин «биоэтика» указывает на то, что она ориентируется на исследования живых существ независимо от того, находят ли они свое применение в терапии или нет. Иными словами, биоэтика ориентируется на достижения современной биологии при обосновании или решении моральных коллизий, возникающих в ходе научных исследований.

II. Этика жизни и традиции русской философии.

Русскую этическую мысль можно назвать *этикой жизни*. Для нее характерно, прежде всего, осознание *самоценности* жизни, нравственное освещение жизни как фундаментальной ценности, наполненной духовным смыслом. Этот духовный смысл жизни по-разному трактовался в различных философских концепциях.

Идеи православия лежали в основании этических размышлений таких русских философов, как Н. Ф. Федоров, Ф. М. Достоевский, В. С. Соловьев, Н. А. Бердяев, С. А. Булгаков, С. Л. Франк и др. Все они стремятся укоренить этику в ценностях христианства, прежде всего православия, понимаемого отнюдь не догматически. Здесь обсуждаются многие проблемы теоретической этики - жизнь и смерть, история, место человека в космосе. Идеи православия задавали фундаментальную систему отсчета этических построений русских философов - от космизма этики всеединства В. С. Соловьева и дофилософской антропологии Н. А. Бердяева, от проекта Н. Ф. Федорова воскрешения отцов и победе над смертью до христианского социализма С. Булгакова. Как мы видим, идеи православия послужили истоком различных философско-этических концепций.

Этика составляла ядро русской религиозной философии. Даже экономические и социологические построения, осуществленные, например, С. Булгаковым и С. Л. Франком, основывались на фундаментальных нравственных принципах этики солидарности. Более того, в русской философии была предложена концепция этической гносеологии, т.е. гносеологии, включающей в себя этические регулятивы.

Этические концепции, развитые в русской религиозной философии, не смогли стать теоретическим основанием для построения биоэтики. Они лишь задавали ведущий вектор отношения человека к миру, к жизни, к окружающей природе.

В отечественной философской мысли существует и другое направление, которое можно охарактеризовать как этику жизни. Это - «живая этика», развитая рядом представителей буддистской мысли. Наиболее известным представителем этого направления является Н. К. Рерих - создатель так называемой «Живой этики». Согласно Н. К. Рериху, наша планета вступила в эпоху Огня, где возрастает роль психических энергий и вообще космических энергий. Овладение психической энергией предполагает нравственное преобразование природы. Это была этика взаимной солидарности, милосердия и справедливости, основанная на религиозных и философских ценностях буддизма.

Менее известно то, что К. Е. Циолковский также связывал свою «космическую этику» с буддизмом. В ряде своих работ он развивал философию панпсихизма, которая исходит из идеи одушевленности Вселенной, допущения бессмертия духовных атомов, блуждающих в мире и переселяющихся в разные организмы.

Существовало в России и третье направление в этике жизни, которое было гораздо ближе к острым коллизиям повседневной жизни и критическим ситуациям, требующим морального выбора. Это направление можно назвать натуралистическим, поскольку оно ориентируется на естественные науки, на биологию прежде всего, хотя и указывает на ограниченность существующих в естествознании теорий. Представителей этого направления объединяет стремление осмыслить жизнь как природно-исторический феномен и обосновать этику из идеи борьбы со смертью.

Наиболее известным представителем этого направления в нач. ХХ в. был Н. А. Умов - выдающийся русский физик. Он развивает комплекс идей, обосновывающих этику жизни, исходя из того, что жизнь специфична по своей организации и для ее постижения недостаточно физикалистских понятий и методов. Специфика жизни заключается в ее антиэнтропийности. Умов утверждает, что человеку не присуща «нестройность» неорганизованной природы: «…Прирожденные нам стройности заключают уже в себе элементы этики. Нравственные принципы не могли бы руководить поведением существ, природа которых была бы образована из нестройностей…». Он настаивает на том, что основная цель этики - в стремлении устранить бедствия человеческой жизни с помощью действенного вмешательства в жизнь природы, в превращении хаотических сил природы в организованные, «стройные». Он выдвигает новую заповедь новой этики: «…Твори и созидай на основе научного знания…». Этические идеалы должны быть выведены из жизни, из первичных форм стройностей, существующих в органической жизни и развивающихся до высшей формы - этических идеалов добра и любви. Тем самым Н. А. Умов задает в этике новый ориентир - ориентир борьбы с силами хаоса, беспорядка во имя утверждения жизни. «…Величественная задача гения Человечества - охранение, утверждение жизни на земле…».

В это же самое время П. А. Кропоткин разрабатывает этику альтруизма, которая, по его словам, представляет собой новую реалистическую науку о нравственности, освобожденную от религиозного догматизма, суеверий и метафизической мифологии и вместе с тем одухотворенную высшими чувствами и светлыми надеждами, внушаемыми нам современными знаниями о человеке и его истории. Наука должна дать основы этики. Принимая за научное обоснование этики теорию Ч. Дарвина, Кропоткин решительно критикует ее принцип борьбы за существование. Он дополняет этот принцип принципом взаимопомощи: «Взаимная помощь - важнейший фактор эволюции». В своих работах Кропоткин уделяет много внимания описанию различных форм взаимопомощи в животном мире для того, чтобы показать - этические нормы *укоренены* в природном мире, истоки альтруизма - в инстинкте взаимопомощи и общительности, присущих уже животным. Этика обретает сциентистское обоснование. В то же время Кропоткин развивает этику анархизма: «…Мы признаем полнейшую свободу личности. Мы хотим полноты и цельности ее существования, свободного развития всех ее способностей. Мы не хотим ничего ей навязывать...». За обществом отрицается право наказания отдельных его членов, тем самым свобода подменяется своеволием человека. Но если исходить из интересов общества, то это неумолимо приводит к отрицанию самоценности личности, ее свободы и нравственного выбора. При ближайшем рассмотрении этическое учение П. А. Кропоткина раскололось на два учения, не стыкующихся друг с другом.

В 1903 г. В. Вересаев писал: «…Как это ни печально, но нужно сознаться, что у нашей науки до сих пор нет этики. Нельзя же разуметь под нею ту специально-корпоративную врачебную этику, которая занимается лишь нормировкою непосредственных отношений врачей к публике и врачей между собою. Необходима этика в широком, философском смысле, и эта этика прежде всего должна охватить во всей полноте вопрос о взаимном отношении между врачебной наукой и живой личностью. Между тем даже частичные вопросы такой этики почти не поднимаются у нас и почти не дебатируются…». Вересаев видит главную задачу этики «…во всестороннем теоретическом выяснении вопроса об отношении между личностью и врачебной наукою в тех границах, за которыми интересы отдельного человека могут быть приносимы в жертву интересам науки…». Он подчеркивает: «…вопрос и о правах человека перед посягающею на эти права медицинскою наукою неизбежно становится коренным, центральным вопросом врачебной этики…».

К сожалению, то, что в начале века было нравственным уродством отдельных врачей, после 1917 г. стало безнравственной государственной политикой. В 1925 г. нарком здравоохранения Н. А. Семашко объявил врачебную тайну пережитком старой кастовой врачебной практики и старых глупых предрассудков и подчеркнул, что советское здравоохранение держит «…твердый курс на уничтожение врачебной тайны, пережитка буржуазной медицины…».

Тоталитаризм подавлял права человека и стремился разрушить профессиональную этику врачей. Он не допускал даже обсуждения проблем профессиональных этических норм и тем более, философских проблем медицинской этики. Но он не смог подавить свободных философско-этических размышлений в работах В. Ф. Войно-Ясенецкого, В. И. Вернадского, Д. П. Филатова, А. А. Любищева.

В 1940 г. выдающийся советский биолог Д. П. Филатов начинает писать работу «Норма поведения, или мораль с естественноисторической точки зрения». Увязывая этику с теорией эволюции и этологией, Филатов проводил мысль, что человек на первых фазах эволюции унаследовал от животного мира норму оборонительного поведения, эгоистическо-инстинктивное начало в поведении. Для морали будущего, по мнению Филатова, как раз и будет характерно повышение антиэгоистических норм морали и поведения людей. Обращает на себя внимание то, что Д. П. Филатов, сохраняя ориентацию на науку, пытается построить этику, выходящую за границы и натуралистической, и христианской этики. Свою этику он называет этикой любви к жизни.

В это же самое время В. И. Вернадский разрабатывает учение о переходе биосферы в ноосферу, т.е. сферу, среду, созданную человеческим разумом, воплощенным в науке и технике. Этическая компонента в учении Вернадского о ноосфере выражается, прежде всего, в его оптимизме и утверждении того, что законы развития ноосферы не противоречат, а продолжают законы эволюции биосферы. Вернадский неоднократно подчеркивает единство биосферы и ноосферы. Он развивает оптимистическую концепцию перехода биосферы в сферу разума, где решающую роль играет не только наука, но и этический разум объединенного человечества. Ноосфера объединяет в себе научный разум человечества с его нравственным разумом и техникой. В его учении разум поднимается не сциентистски и не технократически. Это, прежде всего, нравственный разум, воплощающийся как в науке, так и в технике. Истина, добро и красота соединяются в ноосфере.

В 1952 г. А. А. Любищев написал статью «Основной постулат этики». Этика, развиваемая А. А. Любищевым, мыслится как универсальная, научная и синтетическая. Основной постулат этики заключается, по его мнению, в утверждении необходимости борьбы за торжество духа над материей.

Подводя итог рассмотрению этических концепций, развитых в русской мысли, можно наблюдать стремление преодолеть разрыв нравственности и жизни, укоренить этику в жизни и вывести из нравственных начал и право, и познание, и даже религию. Важнейшей чертой этических размышлений в России является стремление понять единство факторов эволюционного процесса и этических ценностей, осмыслить жизнь во всей целостности ее проявлений. Жизнь была понята как антиэнтропийный процесс. Жизнь - это борьба со смертью и неорганизованностью природы, борьба за утверждение ноосферы, за торжество духа над материей, все это разные формулировки общего исходного принципа этики. И этот общий принцип этики просветлен одним умонастроеием, пронизывающим все нравственные поиски русских мыслителей, любовью к жизни.

III. Исторические модели моральной медицины.

Для того, чтобы понять, какие морально-этические и ценностно-правовые принципы лежат в основе современной биомедицинской этики, следует хотя бы кратко охарактеризовать их развитие в различные исторические эпохи.

* 1. Модель Гиппократа («не навреди»).

Принципы врачевания, заложенные «отцом медицины» Гиппократом (460-377гг. до н.э.), лежат у истоков врачебной этики как таковой. В своей знаменитой «Клятве», Гиппократ сформулировал обязанности врача перед пациентом.

Несмотря на то, что с тех пор прошли многие века, «Клятва» не потеряла своей актуальности, более того, она стала эталоном построения многих этические документов. Например, Клятва российского врача, утвержденная 4-ой Конференцией Ассоциации врачей России, Москва, Россия, ноябрь 1994, содержит близкие по духу и даже по формулировке принципы.

* 1. Модель Парацельса («делай добро»)

Другая модель врачебной этики сложилась в Средние века. Наиболее четко ее принципы были изложены Парацельсом (1493-1541гг.). В отличие от модели Гиппократа, когда врач завоевывает социальное доверие пациента, в модели Парацельса основное значение приобретает патернализм - эмоциональный и духовный контакт врача с пациентом, на основе которого и строится весь лечебный процесс.

В духе того времени отношения врача и пациента подобны отношениям духовного наставника и послушника, так как понятие pater (лат. - отец) в христианстве распространяется и на Бога. Вся сущность отношений врача и пациента определяется благодеянием врача, благо в свою очередь имеет божественное происхождение, ибо всякое Благо исходит свыше, от Бога.

* 1. Деонтологическая модель (принцип «соблюдения долга»).

В основе данной модели лежит принцип «соблюдения долга» (deontos по-гречески означает «должное»). Она базируется на строжайшем выполнении предписаний морального порядка, соблюдение некоторого набора правил, устанавливаемых медицинским сообществом, социумом, а также собственным разумом и волей врача для обязательного исполнения. Для каждой врачебной специальности существует свой «кодекс чести», несоблюдение которого чревато дисциплинарными взысканиями или даже исключением из врачебного сословия.

* 1. Биоэтика (принцип «уважения прав и достоинства человека»).

Современная медицина, биология, генетика и соответствующие биомедицинские технологии вплотную подошли проблеме прогнозирования и управления наследственностью, проблеме жизни и смерти организма, контроля функций человеческого организма на тканевом, клеточном и субклеточном уровне. Некоторые проблемы, стоящие перед современным обществом, были упомянуты в самом начале данной работы. Поэтому как никогда остро стоит вопрос соблюдения прав и свобод пациента как личности, соблюдение прав пациента (право выбора, право на информацию и др.) возложено на этические комитеты, которые фактически сделали биоэтику общественным институтом.

IV. Модели моральной медицины в современном обществе.

Будем считать рассмотренные в предыдущем разделе исторические модели «идеальными» и рассмотрим более реальные модели, включающие в себя некоторые правовые аспекты описываемых отношений.

Большая часть проблем возникает в медицинской практике там, где ни состояние больного, ни назначаемые ему процедуры сами по себе их не порождают. В повседневных контактах с пациентами преимущественно не возникает неординарных моральном плане ситуаций.

Наиважнейшая проблема современной медицинской этики состоит в том, что охрана здоровья должна быть правом человека, а не привилегией для ограниченного круга лиц, которые в состоянии себе ее позволить. Сегодня, как впрочем, и ранее, медицина не идет по этому пути. Однако эта норма, как моральное требование, завоевывает все большее признание. В осуществление этого изменения внесли вклад две революции: биологическая и социальная. Благодаря социальной революции, охрана здоровья стала правом каждого человека. Индивиды должны рассматриваться как равные в том, что связано с их человеческими качествами - достоинством, свободой, индивидуальностью. Учитывая право человека на охрану здоровья, исторически сложившиеся модели моральных отношений «врач-пациент» и состояние современного общества можно сформулировать следующие четыре синтетические модели отношений между врачом и пациентом.

1. Модель «технического» типа.

Одно из следствий биологической революции - возникновение врача-ученого. Научная традиция предписывает ученому «быть беспристрастным». Он должен опираться на факты, избегая ценностных суждений.

Лишь после создания атомной бомбы и медицинских исследований нацистов, когда за испытуемым не признавалось ни каких прав (опыты, проводимые над заключенными концентрационных лагерей), человечество осознало опасность подобной позиции. Ученый не может быть выше общечеловеческих ценностей. Врач в процессе принятия решения не может избежать суждений морального и иного ценностного характера.

2. Модель сакрального типа.

Противоположной к описанной выше модели является патерналистская модель отношений «врач-пациент». Социолог медицины Роберт Н. Вилсон характеризует эту модель как сакральную.

Основной моральный принцип, который выражает традицию сакрального типа, гласит: «Оказывая пациенту помощь, не нанеси ему вреда». В классической литературе по медицинской социологии в отношениях между врачом и пациентом всегда употребляются образы родителя и ребенка.

Однако, патернализм в сфере ценностей лишает пациента возможности принимать решения, перекладывая ее на врача. Следовательно, для сбалансированной этической системы необходимо расширить круг моральных норм, которых должен придерживаться медик.

1. *Приносить пользу и не наносить вреда*. Ни один человек не может снять моральную обязанность приносить пользу и при этом полностью избежать нанесения вреда. Этот принцип существует в широком контексте и составляет только один элемент всего множества моральных обязанностей.
2. *Защита личной свободы*. Фундаментальной ценностью любого общества является личная свобода. Личная свобода и врача, и пациента должна защищаться, даже если кажется, что это может нанести какой-то вред. Мнение какой-либо группы людей не может служить авторитетом при решении вопроса о том, что приносит пользу, а что наносит вред.
3. *Охрана человеческого достоинства*. Равенство всех людей по их моральным качествам означает, что каждый из них обладает основными человеческими достоинствами. Личная свобода выбора, контроль над своим телом и собственной жизнью содействует реализации человеческого достоинства - это этика, развиваемая по ту сторону идей Б. Ф. Скиннера.
4. *«Говорить правду и исполнять обещания»*. Моральные обязанности - говорить правду и исполнять обещания - столь же здравые, сколь и традиционные. Можно лишь сожалеть о том, что эти основания человеческого взаимодействия могут быть сведены до минимума ради того, чтобы соблюсти принцип «не навреди».
5. *«Соблюдай справедливость и восстанавливай ее»*. То, что называют социальной революцией, усилило озабоченность общества равенством распределения основных медицинских услуг. Иными словами: если охрана здоровья - право, то это право - для всех.

Отрицательной чертой данной модели является то, что соблюдение всех указанных выше принципов возложено исключительно на врача, что требует от него высочайших моральных качеств. К сожалению, сейчас подобный подход при оказании медицинских услуг труднореализуем вследствие высокого уровня дискриминации по различным признакам (расовому, материальному, половому и пр.).

3. Модель коллегиального типа.

Пытаясь более адекватно определить отношение «врач - пациент», сохранив фундаментальные ценности и обязанности, некоторые этики говорят о том, что врач и пациент должны видеть друг в друге коллег, стремящихся к общей цели - к ликвидации болезни и защите здоровья пациента.

Именно в этой модели взаимное доверие играет решающую роль. Признаки сообщества, движимого общими интересами, возникли в движении в защиту здоровья в бесплатных клиниках, однако, этнические, классовые, экономические и ценностные различия между людьми делают принцип общих интересов, необходимых для модели коллегиального типа, труднореализуемым.

4. Модель контрактного типа.

Модель социальных отношений, которая более всего соответствует реальным условиям, а также принципам описанной выше «биоэтической» исторической модели, - это модель, основанная на контракте или соглашении. В понятие контракта не следует вкладывать юридического смысла. Его следует трактовать скорее символически как традиционный религиозный или брачный обет, который подразумевает соблюдение принципов свободы, личного достоинства, честности, исполнение обещаний и справедливости. Данная модель позволяет избежать отказа от морали со стороны врача, что характерно для модели «технического» типа, и отказа от морали со стороны пациента, что характерно для модели сакрального типа. Она позволяет избежать ложного и неконтролируемого равенства в модели коллегиального типа. В отношениях, основанных на «контракте», врач осознает, что в случаях значимого выбора за пациентом должна сохраняться свобода управления своей жизнью и судьбой. Если же врач не сможет жить в согласии со своей совестью, вступив в такие отношения, то контракт или расторгается, или не заключается вовсе.

В модели контрактного типа у пациента есть законные основания верить, что исходная система ценностей, используемая при принятии медицинских решений, базируется на системе ценностей самого пациента, а множество разных решений, которые врач должен принимать ежедневно при оказании помощи пациентам, будет осуществляться в соответствии с ценностными идеалами больного.

Кроме того, модель контрактного типа подразумевает морально чистоплотность и пациента, и врача. Решения принимаются медицинскими работниками на основе доверия. Если доверие утрачивается, то контракт расторгается.

V. Принцип информированного согласия.

«Опекунская» модель отношений между людьми теряет свои позиции в общественной жизни. Взяв старт в политике, идея партнерства проникла в самые сокровенные уголки жизни человека.

Не осталась в стороне и медицина. Патернализм, традиционно царивший в медицинской практике, уступает место принципу сотрудничества. Нравственная ценность автономии оказалась столь высока, что благодеяние врача вопреки воле и желанию пациента ныне считается недопустимым.

Центром движения за права пациентов явилась больница, символизирующая всю современную медицину с ее разветвленностью, насыщенной разнообразной аппаратурой и - повышенной уязвимостью пациента.

Американская ассоциация больниц стала активно обсуждать вопросы прав пациентов и одобрила билль о правах пациентов в конце 1972 г. Среди прав пациента, принятых Американской ассоциацией больниц, первостепенное значение имеет право на информацию, необходимую для *информированного согласия*.

Под информированным согласием понимается добровольное принятие пациентом курса лечения или терапевтической процедуры после предоставления врачом адекватной информации. Можно условно выделить два основных элемента этого процесса: 1) предоставление информации и 2) получение согласия. Первый элемент включает в себя понятия добровольности и компетентности.

Врачу вменяется в обязанность информировать пациента:

1. о характере и целях предлагаемого ему лечения;
2. о связанном с ним существенном риске;
3. о возможных альтернативах данному виду лечения.

С этой точки зрения понятие альтернативы предложенному лечению является центральным в идее информированного согласия. Врач дает совет о наиболее приемлемом с медицинской точки зрения варианте, но окончательное решение принимает пациент, исходя из своих нравственных ценностей. Таким образом, доктор относится к пациенту как к цели, а не как к средству для достижения другой цели, даже если этой целью является здоровье.

Особое внимание при информировании уделяется также риску, связанному с лечением. Врач должен затронуть четыре аспекта риска: его характер, серьезность, вероятность его материализации и внезапность материализации. В некоторых штатах Америки законодательные акты содержат перечни риска, о котором врач должен информировать пациента. Но одновременно с этим встает вопрос: Как и в каком объеме информировать пациента? В последнее время большое внимание получает «субъективный стандарт» информирования, требующий, чтобы врачи, насколько возможно, приспосабливали информацию к конкретным интересам отдельного пациента.

С точки зрения этики, «субъективный стандарт» является наиболее приемлемым, так как он опирается на принцип уважения автономии пациента, признает независимые информационные потребности и желания лица в процессе принятия непростых решений.

В начальный период формирования доктрины информированного согласия основное внимание уделялось вопросам предоставления информации пациенту. В последние годы ученых и практиков больше интересуют проблемы понимания пациентом полученной информации, а также достижение согласия по поводу лечения.

Добровольное согласие - принципиально важный момент в процессе принятия медицинского решения. Добровольность информированного согласия подразумевает неприменение со стороны врача принуждения, обмана, угроз и т.п. при принятии решения пациентом. В связи с этим можно говорить о расширении сферы применения морали, моральных оценок и требований по отношению к медицинской практике. Правда, пусть жестокая, сегодня получает приоритет в медицине. Врачу вменяется в обязанность быть более честным со своими пациентами.

Под компетентностью в биоэтике понимается способность принимать решения. Выделяются три основных стандарта определения компетентности:

1. способность принять решение, основанное на рациональных мотивах;
2. способность прийти в результате решения к разумным целям;
3. способность принимать решения вообще.

Таким образом, основополагающим и самым главным элементом компетентности является следующий: лицо компетентно, если и только если это лицо может принимать приемлемые решения, основанные на рациональных мотивах. Именно поэтому проблема компетентности особенно актуальна для психиатрии.

Существует две основные модели информированного согласия - *событийная и процессуальная*.

В *событийной модели* принятие решения означает событие в определенный момент времени. После оценки состояния пациента врач ставит диагноз и составляет рекомендуемый план лечения. Заключение и рекомендации врача предоставляются пациенту вместе с информацией о риске и преимуществах, а также о возможных альтернативах и их риске и преимуществах. Взвесив полученную информацию, пациент обдумывает ситуацию, и затем делает приемлемый с медицинской точки зрения выбор, который в наибольшей степени соответствует его личным ценностям.

Напротив, *процессуальная модель* информированного согласия основывается на идее о том, что принятие медицинского решения - длительный процесс, и обмен информацией должен идти в течение всего времени взаимодействия врача с пациентом. Лечение здесь подразделяется на несколько стадий, которые могут быть охарактеризованы с помощью основных задач, которые они ставят:

1. установление отношений;
2. определение проблемы;
3. постановка целей лечения;
4. выбор терапевтического плана;
5. завершение лечения.

В этой модели пациент играет более активную роль по сравнению с относительно пассивной ролью в событийной модели.

В целом поворот к доктрине информированного согласия стал возможен благодаря пересмотру концепции целей медицины. Традиционно считалось, что первая цель медицины - защита здоровья и жизни пациента. Однако нередко достижение этой цели сопровождалось отказом от свободы больного, а значит, и ущемлением свободы его личности. Пациент превращался в пассивного получателя блага.

Главная цель современной медицины - благополучие пациента, и восстановление здоровья подчинено этой цели как один из составляющих элементов.

Уважение автономии индивида является одной из основополагающих ценностей цивилизованного образа жизни. Любой человек заинтересован в том, чтобы принимать решения, влияющие на его жизнь, самостоятельно.

Таким образом, сегодня самоопределение индивида есть высшая ценность, и медицинское обслуживание не должно являться исключением

VI. Биоэтика и практическая медицина.

Биоэтика, возникшая около 20 лет назад явилась ответом на так называемые «проблемные ситуации» в современной клинической практике. Широкое обсуждение «проблемных ситуаций» в современном обществе стало манифестацией идеологии защиты прав человека в медицине. В связи с последним обстоятельством некоторые основополагающие проблемы биоэтики оказались исключительно близки по содержанию морально-этическим дилеммам, возникающим при оказании медицинской помощи.

Дилемма патерналистского и непатерналистского подходов в современной медицине является «красной нитью» для всей биоэтики. Патерналистская модель взаимоотношений врача и пациента основана на том, что жизнь человека - приоритетная ценность, «благо больного - высший закон» для врача, полноту ответственности за принятие клинических решений берет на себя врач. Напротив, непатерналистская модель исходит из приоритета моральной автономии пациента, в силу чего ключевой становится категория прав пациента.

1. Психиатрия.

«…Помешанные не преступники, а больные…»

(Ф. Пинель, 1801)

«…Все люди рождаются свободными и равными

в своем достоинстве и правах…»

(Всеобщая декларация прав человека, 1949)

Патерналистское начало сыграло чрезвычайно важную роль в истории психиатрии. С утверждением патерналистских взаимоотношений врача и психически больного связано, во-первых, самоопределение психиатрии как самостоятельной медицинской дисциплины, во-вторых, формирование отношения общества к помешанным как к больным людям.

Главная заслуга того, что «сумасшедшие были подняты до достоинства больных», принадлежит французскому врачу Ф. Пинелю, который в 1793 г. снял цепи с больных в парижской государственной больнице Бистер. Его реформа психиатрии сразу же оказалась апофеозом врачебного патернализма. Пинель советовал разные средства (заботу, покровительство, ласку, снисходительность, кротость, назидательность, взыскательность, увещевания и т.д.) - лишь бы добиться цели: покорить больного, завоевать его доверие. Пинель однако допускал применение в отношении некоторых больных разумных мер стеснения - «смирительной рубашки» и временной изоляции.

Спустя 50 лет английский врач Д. Конолли предлагает исключить в отношении душевнобольных любые меры стеснения. Он выдвигает принцип «Никакого стеснения». Но патерналистская модель психиатрической помощи преобладала во всем мире вплоть до середины ХХ в.

Предвестником кризиса врачебного патернализма в психиатрии в западных странах стал кризис психиатрических больниц, начавшийся в 50-е гг. ХХ в. В 1955г. комитет экспертов ВОЗ высказался о необходимости расширения лечения психических больных без изоляции от общества. В 60-70-е гг. в психиатрии США активно проводится новая политика - политика деинтситуциализации психических больных.

Следует также обратить внимание на давно известный в медицине феномен госпитализма. Восходящее к Пинелю представление о помещении в больницу как безусловном благе для душевнобольных обернулось для многих из них многолетним (а то и пожизненным) пребыванием в больничных условиях. Проницательные врачи-клиницисты давно отмечали негативные стороны госпитализма: утрату социальной активности, разрыв социальных связей, эмоциональную изоляцию, хронизацию патологии и т. д.

В США широкомасштабное движение за «психиатрию без больничной койки» привело к массовому закрытию государственных психиатрических клиник, однако новая система психиатрической помощи оказалась неспособной обеспечить квалифицированной медицинской помощью наиболее тяжелый контингент больных. В последние годы в США получили развитие различные более «мягкие» формы психиатрической помощи - частичной госпитализации, психиатрическое обслуживание в больницах общего типа и т.п.

Одновременно в 60-е гг. в Европе, а затем и в Америке вокруг психиатрии развертывались еще более драматические события, тоже предвосхитившие некоторые сюжеты и концепции биоэтики. Речь идет о движениях «антипсихиатров», утверждавших, что «психических болезней» нет, что психиатрический даигноз - это социальный «ярлык», что психически больных нет, что психиатрия не наука, а психиатры - не врачи и т.д.

Социальный контекст «антипсихиатрии» оказался очень близок антипатерналистской идеологии, окончательно оформившейся уже в рамках биоэтики спустя десятилетие после возникновения «антипсихиатрии».

Антигоспитальные и антипсихиатрические движения стали предтечей действительно революционных изменений в психиатрии в 70-80-е гг., когда социальный контекст оказания психиатрической помощи стал в основном определяться идеей защиты гражданских прав душевнобольных.

Имея в виду современную формулу «что не запрещено, то разрешено», следует поставить вопрос: а что запрещено в цивилизованном обществе в отношении душевнобольных людей? Ответ будет нетривиальным уже потому, что он имеет юридическое содержание. Социальное отчуждение, неоправданное ограничение прав, презрительное или пренебрежительное отношение, любые другие формы унижения человеческого достоинства душевнобольных - все это теперь подлежит правовой оценке и регуляции с помощью юридических механизмов.

Главной проблемой при оказании психиатрической помощи является недобровольное лечение. Вплоть до середины ХХ в. принудительная госпитализация подавляющей части душевнобольных считалась незыблемой социальной нормой.

На протяжении ХIХ в. в европейской психиатрии наряду с парадигмой врачебного патернализма сформировалась парадигма юридического контроля психиатрического дела. В то время как врачебный патернализм основывался и основывается на этической традиции медицинской профессии, апеллируя к непосредственности нравственного чувства милосердия, гуманности, понятиям врачебного долга и ответственности, «юридическая парадигма» в психиатрии находит опору в понятиях справедливости и законности.

События, непосредственно определившие современные подходы к проблеме принудительного лечения душевнобольных, относятся к середине ХХ в.

В 1954 г. комитет экспертов ВОЗ по психическому здоровью определил госпитализацию социально опасных психически больных через суд как унизительную для них и их родственников, а существовавшее во многих странах тогда законодательство, регламентировавшее принудительное лечение, назвал «архаичным» поскольку в нем копировалась модель уголовного судопроизводства. В 1959 г. в Англии был принят закон о психическом здоровье. Согласно этому закону, принцип госпитализации в психиатрии должен быть таким же, как и в других областях медицины. Недобровольная госпитализация - лишь «особые случаи» в медицине. Уже к концу 50-х гг. в Великобритании добровольная госпитализация происходила в 75% случаев.

Случаи недобровольной госпитализации - это в этико-юридическом плане типичная «проблемная ситуация», поскольку пациенту здесь должны быть обеспечены специальные гарантии защиты его гражданских прав. Очевидно, что недобровольная госпитализация имеет место в отношении лиц с глубокими психическими расстройствами, серьезно нарушающими способность суждения, оценку реальности и поведение.

В законе РФ «О психиатрической помощи и правах граждан при ее оказании» принцип добровольности предваряет все прочие нормы, т.е. тоже является основополагающим.

Либерализация психиатрической службы началась в нашей стране в 1988 г., когда Президиум Верховного Совета СССР утвердил новое «Положение об условиях и порядке оказания психиатрической помощи». Этот документ, по сути дела, отметил ст. 56 закона РСФСР «О здравоохранении», т.к. основным принципом оказания психиатрической помощи полагал принцип добровольности. В первый же год действия «Положения» с диспансерного психиатрического учета было снято более 1.000.000 человек, а обращаемость в психиатрические диспансеры возросла в 3,5 раза. В течение 1989г. число принудительных госпитализаций сократилось на 40 - 60 %.

Согласно «Положению» недобровольная госпитализация (без согласия больного или его родственников) производится по решению врача-психиатра, если больной по своему психическому состоянию представляет непосредственную опасность для себя или окружающих.

Итак, в основе современных систем организации психиатрической помощи наряду с парадигмой врачебного патернализма и юридического контроля лежит также парадигма защиты и гарантий гражданских прав лиц, страдающих психическими расстройствами.

В России подавляющая масса врачей пока придерживается традиционно-патерналистской модели взаимоотношений с пациентами, в частности, исповедуя убеждение в этической оправданности в условиях врачевания доктрины «лжи во спасение «. Эта концептуальная позиция, к сожалению, сочетается с чрезвычайно широко распространенным правовым и этическим нигилизмом наших медиков, для которых проблема информирования больных вообще редко подвергается рефлексии.

Проблема «информированного согласия» является сквозной для биоэтики в целом, где ее нормативное содержание и получило детальную разработку. В психиатрии получение согласия больного на любое вмешательство в сферу его здоровья (госпитализация, назначение исследований или каких-либо средств лечения) имеет следующие аспекты.

Во-первых, информацией, подлежащей этико-юридическому регулированию, являются сведения о болезни, значении болезненных симптомов, о диагнозе и прогнозе, о плане, продолжительности лечения и связанном с ним риске и т.д.

Во-вторых, этико-юридические основания позиции врача при этом таковы: получение «информированного согласия» больного - это обязанность врача, предоставляемая больному информация должна быть полной и всесторонней, включая ответы на все вопросы больного, применение особо опасных видов лечения или таких методов, которые приводят к необратимым последствиям, а также согласие на клинические эксперименты в психиатрии требуют дополнительных гарантий защиты прав душевнобольных и т.д.

В-третьих, этико-юридические основания позиции больного при этом таковы: «информированное согласие» - это право *компетентных* пациентов, их согласие должно быть добровольным и осознанным, т. е. полученным без угроз, насилия и обмана, согласие может быть отозвано, отказ от медицинской процедуры не должен влиять на положение больного и его взаимоотношения с медперсоналом и т.д.

Право больного на отказ от лечения является источником едва ли не самых драматических биоэтических дилемм. Например, отказ от лечения умирающего больного есть его выбор в пользу пассивной *эвтаназии*. В психиатрии право больных на отказ от лечения оборачивается следующим неизбежным и серьёзным противоречием. С одной стороны, право на отказ от лечения и здесь является общепризнанной этико-гуманистической ценностью и юридическо-правовой нормой, соответствующей общепризнанным международным стандартам. С другой, применение этой нормы при оказании психиатрической помощи не только немало осложнило работу врачей-психиатров, но и повсеместно опять сделало более актуальной проблему опасности, которую могут представлять для себя и для окружающих некоторые душевнобольные.

Проблема отказа от лечения имеет множество конкретных нюансов - с социальной, медико-клинической, юридическо-правовой, врачебно-этической и даже философско-культурной точек зрения.

Новые аспекты при обсуждении права больного на отказ от лечения в психиатрии обнаруживается в связи с проблемой ответственности. В тексте закона РФ «О психиатрической помощи и правах граждан при ее оказании» говорится, что больному, отказавшемуся от лечения, врач обязан объяснить возможные последствия, причем отказ от лечения может служить основанием для решения о выписке пациента. В случаях совершения общественно опасных действий таким больным, документально засвидетельствованный факт предупреждения его врачом о неразумности решения об отказе или прекращении лечения приобретает особенно важное значение с точки зрения правосудия.

Наконец, проблема отказа от лечения в психиатрии имеет еще один аспект, связанный с многообразием философских, культурных подходов к природе душевных болезней вообще.

Система современных принципов организации психиатрической помощи включает ещё один важнейший принцип - оказание медицинской помощи в наименее ограничивающих условиях. В контексте названного принципа было в корне переосмыслено назначение психиатрического стационара. Его функцией является не только изоляция представляющих опасность душевнобольных, но и удовлетворение нужд и потребностей пациентов, получающих здесь медицинскую помощь, с учетом их гражданских прав. Применение мер изоляции или стеснения допустимо лишь при условии «этического мониторинга», непрерывно подтверждающего, что другой разумной альтернативы в данном состоянии больного нет. Что касается вопроса применения стеснения, то, отказавшись от смирительной рубашки, приходится применять у некоторых больных слишком большие дозы наркотических средств, а это не что иное, как «химическое стеснение». Применение сильнодействующих психотропных лекарств нередко приводит к весьма серьёзным ятрогенным осложнениям - нарушению двигательной активности, координации т. д.

История психиатрии знает множество примеров, когда безумию, помешательству, иррациональному врачи пытались противопоставить в качестве терапевтических средств «…лечение жестокое, иногда смертоносное…» - массивные кровопускания, сильные души, холодные ванны, лед на голову. В 1935 г. впервые была проделана операция лоботомии (разрушение проводящих путей в лобных долях головного мозга). Вскоре выявились тяжелейшие осложнения. Также в 30-е гг. стали широко применяться шоковые методы лечения психических расстройств. Среди осложнений, вызываемых этим методом лечения «хирургические осложнения ... возникают наиболее часто: переломы длинных трубчатых костей (!), позвонков (!), вывихи нижней челюсти и других суставов...».

Возникает проблема защиты больных от избыточного лечения. Поэтому медико-этическая максима: «Никогда лекарство не должно быть горше болезни», не может быть забыта!

Совершенно особая тема - злоупотребления психиатрией в политических целях. В качестве обстоятельств, сделавших возможными злоупотребления психиатрией в политических целях, следует упомянуть, во-первых, соответствующий социальный заказ со стороны тоталитарного режима власти; во-вторых, на этический и правовой нигилизм в среде отечественных медиков; в-третьих, на монополизм в отечественной науке, когда концепция «вяло текущей шизофрении», почти не встречало серьёзной критики.

Злоупотребления психиатрией в политических целях можно считать следствием извращенной патерналистской врачебной позиции, но в весьма циничной форме. Характерно, что жертвами «картельной психиатрии» стали многие активисты правозащитного движения в нашей стране. Именно независимая медицинская экспертиза состояния психического здоровья у них подняло волну возмущения во всем мире. В итоге в 1988 г. началась демократизация отечественной психиатрии.

2. Эвтаназия.

Термин «Эвтаназия» происходит от греческих слов eu- «хорошо», и thanatos – «смерть», означая буквально «добрая», «хорошая» смерть. В современном понимании, данный термин означает сознательное действие или отказ от действий, приводящие к скорой и безболезненной (не всегда) смерти безнадежно больного человека, с целью прекращения некупируемой боли и страданий.

На практике применяется достаточно четкая классификация эвтаназии.

1. Medical decision concerning end of life (MDEL), или «медицинское решение о конце жизни». MDEL можно разделить на две большие категории:
	1. *Собственно эвтаназия* - случаи активного участия врача в смерти пациента. Это, собственно, производимое врачом убийство больного с *информированного согласия* (см. выше) последнего;
	2. *Ассистируемый врачом суицид* (Phisician assisted sucide - PAS), когда врач приготовляет смертельное лекарство, которое больной вводит себе сам.
2. Случаи, когда роль врача сводится к *согласованному с пациентом* отказу от назначений, позволяющих продлить жизнь больного, или же к осуществлению мер и/или увеличению доз облегчающего страдания лекарства (например, обезболивающего или снотворного), в результате чего жизнь больного сокращается. В основном - это прием опиоидных анальгетиков. Также, к данной группе следует отнести *сознательное* информирование безнадежно больного о смертельной дозе принимаемого им препарата.

В настоящее время в обществе имеется две противоположных подхода к проблеме эвтаназии: либеральный и консервативный. Сторонники каждого подхода приводят свои аргументы в пользу эвтаназии.

Сторонники эвтаназии, хотя бы в форме прекращения лечения, считают ее допустимой по нескольким соображениям:

* Медицинским - смерть, как последнее средство прекратить страдания больного.
* Заботы больного о близких - «не хочу их обременять собой».
* Эгоистическим мотивам больного - «хочу умереть достойно».
* Биологическим – необходимость уничтожение неполноценных людей из-за угрозы вырождения человека, как биологического вида, вследствие накопление патологических генов в популяции.
* Принцип целесообразности – прекращение длительных и безрезультатных мероприятий по поддержанию жизни безнадежных больных, чтобы использовать аппаратуру для реанимации вновь поступивших с меньшим объемом поражений.
* Экономические – лечение и поддержание жизни ряда неизлечимых больных требует применения дорогостоящих приборов и лекарств.

Последние три принципа уже широко использовались в фашистской Германии: государственная политика уничтожения «неполноценных», умерщвление тяжелораненых вследствие дефицита медикаментов и госпитальных ресурсов в конце войны.

Противники эвтаназии в любой форме приводят другие аргументы:

* Прежде всего, религиозные моральные установки - «не убий» и «любовь к ближнему ради Бога» (самоочищение и путь к Спасению через заботу о тяжело больных людях).
* Медицине известны редкие случаи самопроизвольного излечения рака, само развитие медицины суть борьба со смертью и страданием (изыскание новых средств и методов лечения).
* При активной социальной позиции общества возможна практически полная реабилитация инвалидов с любой степенью ограничения возможностей, позволяющая вернуть человека к жизни как личность.

В целом, наиболее активными и последовательными противниками эвтаназии являются представители духовенства. Так, они рассматривают любой вид эвтаназии как убийство пациента врачом (в случае активной эвтаназии), или как попустительство самоубийству пациента (пассивная эвтаназия), что и в том, и в другом случае есть преступление законов, положенных Богом.

Ниже приводятся два примера из реальной жизни: скандал вокруг деятельности доктора Джека Кеворкяна (США) и исследование действительных причин смерти мужчин-гомосексуалистов, больных СПИДом, в Голландии.

Трагическая история, произошедшая в США и получившая огромный общественный резонанс: за период с 1990 по 1997 гг. в результате суицида, ассистированного доктором Джеком Кеворкяном наступила смерть нескольких десятков (!) пациентов, больных различными формами рака, болезнью Альцгеймера, синдромом хронической усталости и др. неизлечимыми на сегодняшний день заболеваниями. Джек Кеворкян разработал специальное приспособление для введения яда в организм пациента, оно приводилось в действие, когда пациент сам нажимал особую кнопку, приводящую механизм в действие. И это только те случаи, которые расследованию удалось связать с личностью Джека Кеворкяна.

Установлено, что в Нидерландах 2,1% всех смертей предшествовало так называемое медицинское решение о конце жизни. Эвтаназия и PAS разрешены там, в ограниченных законом случаях, однако, правомерность их применения все еще обсуждается.

Многие исследователи полагают, что частота эвтаназии и PAS у больных СПИДом должна превышать официальные 2,1%. Обращает на себя внимание, проведенный Bindels анализ данных 131 мужчины-гомосексуалиста, которым в период с 1992 по 1995 г. был поставлен диагноз СПИДа, и умерших до 1 января 1995г. Два описанных выше варианта MDEL сравнивали со случаями естественной смерти, к которым относили умерших без какого-либо медицинского вмешательства, что также могло укорачивать жизнь больного.

Мультивариантный анализ показал, что 29 (22%) человек умерли в результате эвтаназии/PAS и 17 (13%) - в результате других MDEL, т. е. одна треть (!) этих мужчин приняла предложенные им медицинские решения о конце жизни.

Существенные статистически значимые различия были обнаружены в возрасте больных на момент постановки диагноза: в группе “эвтаназия/PAS” 72% пациентов были в возрасте 40 лет и старше, тогда как среди умерших естественной смертью таковых было только 38%. Это позволяет предполагать наличие относительного риска применения эвтаназии или ассистируемого суицида.

Возможным объяснением большей частоты MDEL в этой когорте следует считать осведомленность пациентов о течении СПИДа и неэффективности современных методов его лечения.

Приведенные выше факты говорят о готовности ряда врачей оказать содействие в ускорении наступления смерти и готовности некоторых категорий больных принять предложение врача об эвтаназии, что должно заставить общество серьезно задуматься о реальной угрозе того, что в скором будущем оно рискует обратиться к моральной модели, описываемой Ф. Ницше: «…Больной – паразит общества. В известном состоянии неприлично продолжать жить…».

3. Аборты, ЭКО и контрацепция.

Отношение к проблеме медицинского аборта неоднозначно со времен античности до наших дней. В «Клятве» Гиппократа (V в. до н.э.) четко сформулировано: «…Я не вручу никакой женщине абортивного пессария…». Напротив, Аристотель в «Политике» пишет, что если «…должен родится ребенок сверх положенного числа, то следует прибегнуть к аборту, прежде, чем у зародыша появится чувствительность к жизни…». В «Клятве российского врача» и «Этическом кодексе российского врача», принятых на 4-й конференции Ассоциации врачей России в 1994г. отношение к искусственному прерыванию беременности никак не отражено.

Следует также отметить и юридический аспект данной проблемы. Сама операция искусственного прерывания беременности прошла путь от полного запрещения под страхом смертной казни до полной легализации в наши дни, как права женщины распоряжаться функцией собственного тела.

Революционным достижениями XX века является возможность контрацепции и искусственного оплодотворения. Контрацепция длительное время отвергалась христианством, которое признавало единственной формой предупреждения зачатия воздержание в браке. Это сформировало воззрения врачей, продержавшиеся до начала ХХ века, и только в конце нашего столетия врачебным сословием была принята официальная политика медицинской помощи по контрацепции. ЭКО была неоднозначно встречено духовенством, так как данная процедура, с одной стороны, вмешивается в сам процесс зарождения жизни, а с другой – все-таки позволяет иметь желанного ребенка в бесплодном браке. Нельзя не отметить, что христианские ученые даже самых либеральных взглядов признают только оплодотворение спермой мужа, так как, по их мнению, донорство в подобной ситуации угрожает разрушить сам институт семьи, освященный Богом.

Аборт и ЭКО тесно связаны со статусом эмбриона, со сроком, с которого следует считать его живым существом. В первом случае уничтожается всякий эмбрион, во втором уничтожаются «эмбрионы-дублеры».

С точки зрения католицизма со времен Ф. Аквинского «одушевление» происходит на 40-й после зачатия у мужчин и на 80-й день - у женщин. Врачи длительное время считали плод живым со времени его первого шевеления, регистрации сердцебиения. Несколько в стороне стоит вопрос жизнеспособности (способности выжить вне организма матери), связанный с формированием легочной системы (не ранее 20 недель от зачатия).

С точки зрения современной биологии и эмбриологии человек как биологический индивидуум формируется сразу после слияния родительских половых клеток, когда образуется неповторимый набор генов.

Таким образом, врач должен решить для себя вопрос «когда считать эмбрион человеком?», что бы произвести аборт или уничтожение «запасного» эмбриона, не нарушив заповеди «не убий».

4. Терапия фетальными тканями

Терапия фетальными тканями представляет собой введение в лечебных целях тканей, взятых от плода, извлеченного в результате операции прерывания беременности на поздних сроках (аборты по социальным и медицинским показаниям). Вопрос об этичности подобных процедур следует рассматривать в контексте допустимости абортов вообще.

VII. Список литературы.

1. Силуянова И. В., «Современная медицина и православие», М., Московское Подворье Свято-Троицкой Сергиевой Лавры», 1998г.
2. Журнал «Вопросы философии», № 3, 1994 г.
3. Современная философия: словарь и хрестоматия. «Феникс», Ростов-на-Дону, 1995г.
4. Философия. Учебник для высших учебных заведений. «Феникс», Ростов-на-Дону, 1995г.
5. Alexander Leo. Medical Science under Dictatorschip // New England Journal of Medicine.
6. Bindels PJE, et аl. «Euthanasia and physician-assisted suicide in homosexual men with AIDS». Lancet 1996; 346:499-504.
7. Feinberg. Human Rights // Moral Problems in Medicine.
8. Rachels James. Active and Passive Euthanasia // New England Journal of Medicine.