**Биоэтика**

Автор реферата Игорь Котяхов

МГАХМ Философия

БИОЭТИКА представляет собой важную точку философского знания. Формирование и развитие биоэтики связано с процессом трансформации традиционной этики вообще и медицинской 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 острейших проблем, требующих юридического и морального регулирования.

**Этика жизни или БИОЭТИКА.**

Формирование биоэтики обусловлено прежде всего теми грандиозными изменениями, которые произошли в технологическом перевооружении современной медицины, кардинальными сдвигами в медикоклинической практике, которые нашли свое выражение в успехах генной инженерии, трансплантации органов, биотехнологии, поддержании жизни пациента.Все эти процессы обострили моральные проблемы, встающие перед врачом, перед родственниками больных, перед медперсоналом.Существуют ли пределы и каковы они в поддержании жизни смертельно больного человека?Допустима ли эвтаназия?С какого момента следует считать наступление смерти?С какого момента зародыш можно считать живым существом?Допустимы ли аборты?Или аборты есть убийство живых существ?Таковы лишь некоторые из тех вопросов, которые встают перед врачом, а также и перед широкой общественностью в условиях невиданного оснащения современной медицины.

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.

**Этика жизни и традиции русской философии.**

Русскую этическую мысль можно назвать э т и к о й ж и з н и. 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 до философской 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, трпебующим 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 стремленеие 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 новый ориентир этике--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 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 животнм мире для того, чтобы показать--этические нормы укоренены в природном мире, истоки альтруизма--в инсинкте 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 полпоты 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, нестыкующихся 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 отношеннии 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".

То, что было в начале века 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 естественно-исторической точки зрения".Увязывая этику с теорией эволюции и этологией, Филатов проводил мысль, что человек на первых фазах эволюции унаследовал от животного мира норму оборонительпого 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, 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 нравсвенным 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 едины 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.

**БИОЭТИКА и традиции современной американской культуры.**

Биоэтика сконцентрирована преимущественно на анализе отдельных случаев, моральных коллизий, казусов, трудных с моральной точки зрения для принятия решения.Такая трактовка задач биоэтики, сводящая ее, по сути, к изучению и описанию отдельных "казусов", неразрывно связана с определенными традициями американской культуры, прежде всего с особой значимостью правовых институтов в американском обществе.

Биоэтика может служить одним из ярких примеров взаимовлияния права и науки, правового и научного дискурса, првовой системы и философии.Судебная система США основана на праве прецедента.Американская система права не предполагает существования правовых норм вне и независимо от социальных действий.

Биоэтика с самого начала своего возникновения испытывает громадное воздействие и того веса, который придается в американском обществе институту права, и специфичности этой системы как права прецедента.Это обнаруживается уже в том, что биоэтика ориентируется прежде всего на принятие решений в тех ситуациях, когда существуют моральные коллизии, проблемы, трудности.Более того, процедура принятия моральных решений организована по образу и подобию американского суда.Для принятия решения в случае моральных конфликтов и коллизий в США создана система так называемых этических комитетов, которые существуют в подавляющем большинстве американских больниц.

При всей неоднозначности отношения общественного мнения к этическим комитетам, при всей критике бюрократизации в них, при всем неприятии завышения своих полномочий и функций членами этических комитетов, возникающих этических коллизий внутри этических комитетов, следует все же сказать, что созданная в США система этических комитетов--от больниц до штатов и вплоть до еще недавно существовавшего Президентского этического комитета--выполняет свои функции и прежде всего способствует нахождению морального решения в трудных ситуациях.

Специфика биоэтики в США заключается в том, что она мыслится как описание и обобщение отдельных случаев, в которых возникают трудности решения конфликтных в этическом отношении ситуаций.Отдельный случай, рассмотренный с точки зрения моральных коллизий, предстает не как императивная, общеобязательная и принудительная норма для решения аналогичных конфликтных ситуаций, а лишь как образец, как руководство для принятия решений по аналогии.Само собой разумеется, что моральное решение, найденное в каком-то одном случае, индивидуализировано, ведь оно имеет дело с жизненно важными для человека проблемами, касается в буквальном смысле слова его жизни и смерти.И это решение может лишь выполнить функцию образца для морального решения другого случая, касающегося жизни и смерти другого человека.Из решения-образца нельзя вывести нравственные обязательства врача и пациента.

Формирование биоэтики в США совпало не только с движением за альтернативную науку и технологию, но и осознанием опасностей технократического мышления в медицине.Возникла опасность рассмотрения человека как объект наблюдения, экспериментирования и манипулирования.Биоэтика сформировала биоэтическое движение и среди медиков, и среди широкой общественности, осуществила его в реальной практике американского здравоохранения.Этот подход исходит из фундаментальных ценностей либерализма.Фундаментальные принципы биоэтики--автономности индивида, свободы воли и выбора, информированного согласия--не просто несут на себе отпечаток ценностей либерализма, но являются их выражением в конкретной области моральных решений и действий.

**Модели моральной медицины в современном американском обществе.**

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 случаев в моральном плане неординарных.Лишь перейдя от узкоспециальных к более фундаментальным вопросам, можно начать разговор о подлинных моральных проблемах медицины.

Самая фундаментальная 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 илет по этому пути.Однако эта норма, как моральное требоание, 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 здо- ровья, какие модели отношений между медиками-профессионалами и обычными людьми позволяют охватить основные моральные проблемы?

**1.Модель технического типа.**

Одно из следствий биологической революции--возникновение врача-ученого.Нередко врач ведет себя как ученый-прикладник.Научная традиция заключается в том, что ученый должен быть "беспристрастным".Он должен опираться на факты, избегая всех ценностных суждений.Лишь после создания атомной бомбы и медицинских исследований нацистов мы осознали всю глупость и опасность такой позиции.Ученый не может быть свободным от ценностей.Врач в процессе принятия решения не может избежать суждений морального и иного ценностного характера.Такой образ действий был бы оскорбительным для него самого с моральной точки зрения.Он превратился бы в техника, в водопроводчика, который соединяет трубы и промывает засорившиеся системы, не мучаясь никакими вопросами.

**2.Модель сакрального типа.**

Моральное отвращение от модели, в которой врач превращается в водопроводчика, полностью лишенного собственных моральных установок, приводит к тому, что впадают в другую крайность, превращая врача в нового священника.Социолог медицины Роберт Н. Вилсон характеризует эту модель взаимоотношения "врач--пациент" как сакральную.

Основной моральный принцип, который выражает традицию сакрального типа, гласит:"Оказывая пациенту помощь, не нанеси ему вреда".Этот принцип созвучен с патриархатом, где слово "Отец" служило метафорой для Бога и для священника.И в классической литературе по медицинской социологии в отношениях между врачом и пациентом всегда употребляются образы родителя и ребенка.Такой патернализм в сфере ценностей лишает пациента возможности принимать решения, перекладывая ее на врача.Тем самым он сводит до минимума моральные основания, необходимые для сбалансированной этической системы.Каков же набор моральных норм для современного медика?

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 элеменет всего множества моральных обязанностей.

2) Защита личной свободы.Фундаментальной ценностью любого общества является личная свобода.Она необходима для всех.Личная свобода и врача, и пациента должна защищаться, даже если кажется, что это может нанести какой-то вред.Мнение никакой частной группы 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 оснвными человеческими достоинствами.Личная свобода выбора, контроль за своим телом и за 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, сохраняют свое место в этике, так как они необходимы для человеческих отношений.Можно лишь сожалеть о том, что эти основания человеческого взаимодействия находятся под угрозой низведения до минимума и даже устранения ради того, чтобы провести принцип -не нанести вреда пациенту.

5) Соблюдай справедливость и восстанавливай ее.Моральные нормы широких слоев общества выходят за пределы обязанности оказания пациенту помощи иненанесения ему вреда еще в одном требовании -требовании справедливого распределения услуг в здравоохранении. То, что мы метафорически назвали социальной революцией, усилило нашу озабоченность равенством в распределении основных медицинских услуг. Если охрана здоровья право, то это право для всех. Недостаточно демонстрировать индивидуальные случаи крепкого здоровья и благополучные статистические данные о здоровье населения.

В данный момент истории вопрос о справедливости в распределении медицинских услуг вызывает особую озабоченность вследствие высокого уровня дискриминации. Справедливость требует возмещения. Здоровье тех, кто подвергся дискриминации, должно быть поддержано и восстановлено в первую очередь.

**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. Врач это " друг " больного. Именно в этой модели доверие играет решающую роль. Какие-то признаки сообщества, движимого реальными общими интересами, возникли в радикальном движении в защиту здоровья в бесплатных клиниках, но этнические, классовые, экономические и ценностные различия между людьми превращают принцип общих интересов, необходимых для модели коллегиального типа, в пустую мечту.

**4. Модель контрактного типа.**

Модель социальных отношений, которая соответствует реальным условиям, 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. Основные принципы свободы, личного достоинства, честности, исполнение обещаний и справедливости необходимы для модели контрактного типа. Лишь в ней может существовать подлинное разделение морального авторитета и ответственности. Она 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 управлять 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.

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

Кроме того, в модели контрактного типа решения принимаются так, что сохраняется уверенность в то, что и пациент, и врач морально чистоплотны.Решения принимаются медицинскими работниками на основе доверия.Если же доверие утрачивается, то расторгается и контракт.

Медицинская этика в эпоху биологической и социальной революций рассматривает громадное количество новых и трудных моральных проблем: искусственное оплодотворение, нейрохирургия, " пилюли счастья", смерть мозга и использование медицинской технологии в военных целях.Однако повседневные кризисные ситуации в моральном плане могут и не быть столь неординарными. Является ли медицинская проблема неординарной или же она не более сложна, чем обычная задачка по физике, и в том и в другом случае решающую роль в ней будет играть дух моральной ответственности, который зависит от выбора соответсвующей модели моральных отношений между сообществами профессионалов и непрофессионалов. Это и есть подлинное основание для медицинской этики в эпоху революционных преобразований.

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 стало считаться недопустимым.

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

Американская ассоциация больниц стала активно обсуждать вопросы прав пациентов и одобрила билль о правах в конце 1972 г.Право пациентов на автономию впервые получило официальное признание.

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 о:

а) характере и целях предлагаемого ему лечения;

б) связанном с ним существенном риске;

в) возможных альтернативах данному виду лечения.

С этой точки зрения понятие альтернативы предложенному лечению является центральным в идее информированного согласия. Врач дает совет о наиболее приемлимом 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, пусть это будет даже 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 ( 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 приемлимым, 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 неприминение со стороны врачей принуждения, обмана, угроз и т.п. при принятии пациентом решений. Можно говорить в связи с этим 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 приемлимые решения, основанные на рациональных мотивах.

Особенно актуальна проблема компетентности для психиатрии. Существует две основные модели информированного согласия собы- тийная 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. Взвешивая полученную информацию, пациент обдумывает ситуацию и затем делает медицински приемлемый выбор, который наиболее соответствует его личным ценностям.

В противоположность событийной модели процессуальная модель информированного согласия основывается на идее о том, что принятие меди- цинского 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 от его личности. Пациент превращался в пассивного получателя блага, в объект манипуляций.

Главная цель современной медицины помощь благополучию пациента, восстановление здоровья подчинено этой цели как один из составляющих элемнтов.

Модель совместного принятия врачом и пациентом решения о лечении признает, что обе стороны привносят нечто существенное в правильный выбор лечения, но только пациент знает свои ценности, которые приобретают решающее значение при оценке ожидаемых результатов от лечения.

Уважение автономии индивида является одной из основополагающих ценностей цивилизованного образа жизни. Любой человек заинтересован в том, чтобы принимать решения, влияющие на его жизнь, самостоятельно. Сегодня самоопределение индивида есть высшая ценность, и медицинское обслуживание не должно являтся исключением

**Биоэтика и 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)

Возникшая около 20 лет назад биоэтика явилась ответом на так называемые "проблемные ситуации" в современной клинической практике. Широкое обсуждение "прблемных ситуаций" в современном обществе стало манифестацией идеологии защиты прав человека в медицине. В связи с последним обсоятельством некоторые основополагающие проблемы биоэтики оказались исключительно близки по содержанию морально-этическим дилеммам, возникающим при оказании психиатрической помощи. Более того, традиция их осмысления и опыт их решения в истории психиатрии во многом предвосхищают современную биоэтику.

Дилемма патерналистского и непатерналистского подходов в современной медицине является "сквозной" 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, непатерналстская модель исходит из приоритета моральной автономии пациента, в силу чего ключевой категорией такого подхода становится категория прав пациента.

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 при помощи "камзола" ( смирительной рубашки ) и временной изоляции.

Спустя 50 лет английский врач Д. Конолли углубляет собственно этический аспект врачебного метода Пинеля и 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 1955 г. 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 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) рпебыванием 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, в рамках всей сраны, движение за психиатрию " без больничной койки " привело к массовому закрытию государственных психиатрических больниц. Основное негативное следствие политики деинституциализации заключалось в том, что новая система психиатрической помощи оказалась неспособной обеспечить квалифицированной медицинской помощью наиболее тяжелый контингент больных.В последние годы в США получили развитие различные формы психиатрической помощи частичной госпитализации, психиатрическое обслуживание в больницах общего типа и т.д.

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

Знакомые уже нам антигоспитальные мотивы приобретают у антипсихиатров гротескный характер.

Социальный контекст антипсихиатрии оказался очень близок антипатерналистской идеологии, окончательно оформившейся уже в рамках биоэтики спустя десятилетие после возникновения антипсихиатрии 60-х гг. Антипсихиатры отворяли запоры на дверях и окнах писхиатрических больниц, рапсахивали их закрытые внутренние пространства, обличали "больничный порядок" как некий абсолютный мир отчуждения.

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.

В годы Второй мировой войны фашистские преступления против человечества оказались одновременно своего рода социальным экспериментом, идеологией которого стало " концептуальное презрение " к идее прав человека. Принятая ООН вскоре после войны " Всеобщая декларация прав человека " (1948 г.) становится выражением самосознания людей как единого человеческого рода, только что пережившего реальную угрозу самому своему существованию. Декларация стала важнейшим документом международного права, апеллирующим к юридическим гарантиям прав-свобод человеческой личности.

В 1972 г. Американская больничная ассоциация принимает первый в мире " Билль о правах пациента ". В России также принят закон " О психиатрической помощи и правах граждан при ее оказании ".

Имея в виду современную формулу правового гуманизма " что не запрещено, то разрешено ", следует потсавить вопрос: а что запрещено в цивилизованном обществе в отношении душевнобольных людей ? Ответ будет нетривиальным уже потому, что он имеет юридическое содержание. Социальное отчуждение, стигматизация, 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.

Тезис об особой уязвимости в обществе лиц с психическими расстройствами в известном смысле может быть распространен на все" проблем- ные ситуации ", исследованием которых занимается биоэтика.

Стержневой " проблемной ситуацией " при оказании психиатрической помощи является недобровольное лечение. Вплоть до середины ХХ в. принудительная госпитализация подавляющей части душевнобольных считалась незыблимой социальной нормой. В то же время в различных странах периодически возникали против необоснованных госпитализаций кого-то из пациентов, едва ли не постоянно существовало подозрительное отношение к безошибочности врачебных заключений, определявших насильственное интернирование человека в психиатрическую больницу, осуждалась подчас чрезмерная роль родственников при этом.

На протяжении Х!Х 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 гспитализация 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 ральности 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 упоминавшуюся выше 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 1000000 человек, а обрщаемость в психиатрические диспансеры возросла в 3, 5 раза. В течение 1989 г. 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 сонове 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.

Теперь можно конкретнее определить, в чем заключается социальный и гуманистический прогресс во взаимоотношениях современного общества и душевнобольных. Если иметь в виду только основную " проблемную ситуацию " психиатрии (неизбежность применения в некоторых случаях принуждения в лечебных целях или в целях безопасности), то прогресс заключается в создании более совершенного механизма определения границы между двумя когортами больных получающих добровольную и недобровольную помощь.

В России подавляющая масса врачей пока придерживается традиционно-патерналистской модели взаимоотношений с пациентами, в частности, исповедуя убеждение в этической оправданности в условиях врачевания доктрины " святой ( спасительной ) лжи ". Эта концептуальная позиция, к сожалению, сочетается с чрезвычайно широко распрстраненным 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, соответсвующей 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 ответсвенности. 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 ограничительных 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 получающих здесь медицинскую помощь пациентов с учетом их гражданских прав.Применение мер изоляции или стеснения допустимо лишь при" включенном счетчике времени", при условии " этического мониторинга ", непрерывно подтверждающего, что другой разумной альтернативы в данном состоянии больного просто нет. Что касается вопроса применения стеснения (" камзола") , то, отказавшись от смирительной рубашки, приходится применять у некоторых больных слишком большие дозы наркотических средств, а сто не что иное, как " химическое стеснение ". Возникает проблема защиты больных от избыточного лечения. История психиатрии знает множество примеров, когда безумию, помешательству, иррациональному врачи пытались противопоставить в качестве терапевтических средств нечто экстремальное: "лечение жестокое, иногда смертоносное " массовые кровопускания, сильные души, холодные ванны, лед на голову. В 1935 г. проделана психохирургическая операция лоботомия ( перерезка проводящих путей в лобных долях головного мозга ). Вскоре выявились серьёзнейшие 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...". Медико-этическая максима: " Никогда лекарство не должно быть горше болезни ", была предана забвению.

Применение сильнодействующих психотропных лекарств тоже нередко ведет к весьма серьёзным ятрогенным осложнениям нарушению двигательной активности, расстройству походки и т. д.

Совершенно особая тема злоупотребления писхиатрией в политических целях.

В качестве привходящих обстоятельств, сделавших возможными злоупотребления психиатрией в политических целях, следует указать, во-первых, на 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.

Если теперь учесть, что аналогичная работа в отношении других проблемных ситуаций отечественным медиком и юристом ещё только предстоит, то можно заключить: идеология защиты, гарантий прав человека осмыслена в нашем обществе раньше и глубже именно в области психиатрии.

**Список литературы**

1. Журнал " Вопросы философии " , 3 , 1994 г.