### Биоэтика: проблема взаимоотношения с биологией, философией, этикой, психологией, медицинской деонтологией и правом

СОДЕРЖАНИЕ

I. Биоэтика или этика жизни

II. Этика жизни и традиции русской философии

III. Исторические модели моральной медицины

1. Модель Гиппократа (“не навреди” )
2. Модель Парацельса (“делай добро” )
3. Деонтологическая модель (принцип “соблюдения долга” )
4. Биоэтика (принцип “уважения прав и достоинства человека” )

IV. Модели моральной медицины в современном обществе

1. Модель технического типа
2. Модель сакрального типа
3. Модель коллегиального типа
4. Модель контрактного типа

V. Принцип информированного согласия

VI. Биоэтика и практическая медицина

1. Психиатрия
2. Эвтаназия
3. Аборты, ЭКО и контрацепция
4. Терапия фетальными тканями

Список литературы

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 диагноз - 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:
2. *Собственно эвтаназия* - случаи активного участия врача в смерти пациента. Это, собственно, производимое врачом убийство больного с *информированного согласия* (см. выше) последнего;
3. *Ассистируемый врачом суицид* (Phisician assisted sucide - PAS) , когда врач приготовляет смертельное лекарство, которое больной вводит себе сам.

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.

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.