

ТРЕБОВАНИЯ БИОЭТИКИ

МЕДИЦИНА
МЕЖДУ
НАДЕЖДой
И ОПАСЕНИЯМИ



*LE DÉFI
BIOÉTHIQUE*

ТРЕБОВАНИЯ БИОЭТИКИ

*МЕДИЦИНА МЕЖДУ НАДЕЖДОЙ
И ОПАСЕНИЯМИ*

под руководством
ФРАНСУАЗЫ БРИССЕ-ВИНЬО
при участии
БЕАТРИС АЖШЕНБОМ-БОФТИ

УДК 174:61
ББК 87.75
Т66

Перевела с французского Евгения Еременко

LE DÉFI BIOÉTHIQUE
la médecine entre l'espoir et la crainte
Série «Mutation» № 120 - Mars 1991
Collection «Morales»
Autrement
ISBN 2-86260-326-0

В оформлении обложки использованы
рисунки Пабло Пикассо

Требования биоэтики: Медицина между надеждой и опасениями:
Т66 Сб. ст. /Под рук. Ф.Бриссе-Виньо, при уч. Б.Ажшенбом-Бофти: Пер.
с фр. — К.: Сфера, 1999. — 248 с.

ISBN 966-7267-90-3

Сегодня, когда «наука развивается быстрее человека», медицине не обойтись без этического подхода к пациенту как целостной личности, а не как к обладателю органа, требующего лечения или даже замены.

Различные аспекты биоэтики освещены в материалах сборника, авторами которых являются известные французские специалисты.

Сборник представляет интерес не только для медиков, но и для философов, юристов, психологов, социологов, журналистов.

ББК 87.75

ISBN 966-7267-90-3

© Е.Еременко, перевод, 1999
© Издательство «Сфера»,
художественное оформление, 1999

Специфика научного знания заключается в том, что на всех стадиях своего развития оно в той или иной форме включало рефлексию, т.е. способность посмотреть на себя со стороны. Парадигма современной медицинской практики в цивилизованных странах опирается как на достижения биологических дисциплин, так и на понимание относительности и сиюминутности любых научных концепций в сравнении с постулатами нравственности и права. Наука не священна. Как заметил известный методолог Пол Фейерабенд, одного того, что наука существует, вызывает восхищение, приносит результаты, еще не достаточно для обоснования ее превосходства. Знание не есть добро. По самой сути своей знание нравственно нейтрально.

Биоэтика — это попытка «посмотреть на себя со стороны», предпринятая биологами и медиками, испуганными возможностями и последствиями своих новых техник.

Нравственный релятивизм современного украинского общества и зияющие правовые пустоты украинского законодательства очевидны. В такой ситуации чрезвычайно опасны как вседозволенность самонадеянного специалиста, так и нравственный максимализм плохо образованных профессиональных моралистов. «Холодный и жестокий мир права, с присущим ему узаконением эгоизма и грубым принуждением, резко противоречит началам свободы и любви, и все же всякая попытка совсем отменить право и последовательно подчинить жизнь нравственному началу приводит к результатам еще худшим, чем правовое состояние». Эти мудрые слова Семена Франка, сказанные почти столетие тому назад, могли бы быть эпиграфом книги, научающей нас безопасному плаванию между Сциллой чистого научного знания и Харибдой обскурантизма.

СЕМЕН ГЛУЗМАН

Исполнительный секретарь
Ассоциации психиатров Украины,
Директор Украинско-Американского
Бюро защиты прав человека

От редактора

ФРАНСУАЗА БРИССЕ-ВИНЬО (FRANÇOISE BRISSET-VIGNEAU) 13
ОТ БИОЭТИКИ К ЭТИКЕ МЕДИЦИНСКОЙ

1. ЭТИКА НА ПРАКТИКЕ 17

От зачатия и до смерти технический прогресс создает неизвестные ранее ситуации, порождающие новые сомнения. Медики прилагают усилия, чтобы разрешить возникающие проблемы, подчеркивая постоянно противоречий, в которых они развиваются. Конкретные ситуации.

19 «БУДУЩЕЕ ГРЯДУЩЕГО»

КЛОД МОРЕН (CLAUDE MORAINÉ)

Сегодня, благодаря пренатальной диагностике, возможно выявить большое количество аномалий. Следует ли все-таки при малейшем сомнении предлагать прерывание беременности (ведь то, что для кого-то — непосильная обуза, для другого — долгожданная радость)? В любом ли случае врач, владеющий информацией, должен открывать ее во всем объеме, рискуя вызвать семейную драму? Ряд вопросов и панорама ситуаций, какими они предстают в службе генетики.

25 В НАЧАЛЕ БЫЛА ЖИЗНЬ

МИШЕЛЬ ДЕАН (MICHEL DENAN)

Как оценить качество будущей жизни новорожденного, находящегося в реанимации? Медицинскому персоналу недостаточно уже существующих критериев. Несомненно одно: новорожденный — это человек.

33 РЕАКЦИЯ — АГРЕССИВНОСТЬ

Интервью с ЭТЬЕНОМ БОЛЬЕ (ETIENNE BEAULIEU)

Что есть начало человеческой жизни? Хотя появление прерывающих беременность или контрацептивных таблеток и свидетельствует неопровержимым образом о прогрессе, но именно из-за них вновь возникли споры об абортах. Нередко — споры бурные, в частности в Соединенных Штатах Америки и в Германии. Как на это отреагирует исследователь?

- 39 **ТЕСНЫМИ ВРАТАМИ»: ЭТИКА ОДНОЙ ЭПИДЕМИИ**
ЖЕНЕВЬЕВА ПЕШЛЕ (GENEVIÈVE RAICHELIER)
СПИД представляет опасность не только для здоровья отдельной личности или сообщества, это также угроза этике — этике врачей и исследователей, политиков и государств.
- 47 **КОММЕРЦИЯ БЕЗ ТОРГОВЛИ**
Интервью с **МИШЕЛЕМ БРУАЙЕ (MICHEL BROYER)**
От нехватки — к угрозе нарушения норм, от великих принципов — к действенным методам: место деонтологии с точки зрения переживающего органы.
- 55 **...И ДО СМЕРТНОГО ЧАСА**
МИШЕЛЬ САЛАМАНЬ (MICHÈLE SALAMAGNE)
Паллиативное лечение, представленное как окончательное решение в спорах об эвтаназии, — это не только последовательность действий и методов, направленных на снятие боли. Оно предполагает такое отношение к смерти, которое заставляет каждого медика лично задуматься над этой проблемой.

2. НУЖНЫ ЛИ КОМИТЕТЫ

65

Продвинулись ли врачи в своих этических дебатах после того как был создан Национальный консультативный комитет по этике? Те, кто в него входит, несомненно — да. А другие? Какие институциональные или неофициальные механизмы могут им помочь в подобных дискуссиях? Чтобы быть демократичным, обсуждение должно выйти за рамки сегодняшнего дня: оно требует некоторой отстраненности и воспоминаний.

- 67 **СЕМЬ ЛЕТ РАЗМЫШЛЕНИЙ**
ЭЛИЗАБЕТ ОБЕНИ (ELISABETH AUBENY)
Начиная с 1983 года, когда был создан Национальный консультативный комитет по этике, он известен как центр, содействующий плодотворным дискуссиям состоящих в НККЭ практикующих врачей. Но стоит ли оставлять такую привилегию лишь для его немногочисленных членов? Не следует ли поддерживать все более широкое распространение таких центров, где сталкивались бы опыт и вопросы?

- 77 **ОДИНОЧЕСТВО ПРАКТИКУЮЩЕГО ВРАЧА**
ФРАНСУА БАУМАН (FRANÇOIS BAUMANN)
Врач, выйдя после длительного обучения из стен клиники, оказывается в полной растерянности. Никто не научил его, как решать этические, правовые и даже социальные вопросы, которые и есть удел практикующего врача. Некоторые из них предприняли попытку обсудить это с коллегами. Групповой портрет.
- 85 **ЭТИКА В КЛИНИКЕ**
МИШЕЛЬ БОР (MICHEL BAUR)
Успехи и поражения медицины ставят сотрудников клиники перед сложным выбором: они должны прийти к коллективному осознанию и к индивидуальным этическим размышлениям.
- 94 **ЗА ЗДОРОВЬЕ НАЗНАЧЕНА ЦЕНА**
ЖАН-ЛУИ ЛАНОЭ (JEAN-LOUIS LANOË)
Может показаться несколько неуместным и даже неприличным обращаться к экономике, когда речь идет о проблемах здоровья. Если и есть какая-то отрасль, которая, как кажется, априори должна избегать финансового давления, то это как раз здравоохранение. Вместе с тем при определенных условиях экономика может способствовать выбору и оптимизации процесса принятия решения.
- 100 **И ОРДЕН ВО ВСЕМ ЭТОМ?**
ЛУИ РЕНЕ (LOUIS RENÉ)
Соответствует ли времени Совет Ордена, состоящий из членов, избираемых по профессиональной принадлежности, Совет, уполномоченный выработать Кодекс деонтологии, напоминающий «нравственные правила», обязательные для всех врачей? Не следует ли порассуждать о нем самом, чтобы избежать склероза и по-прежнему участвовать в широком строительстве врачебной этики?
- 105 **НЕОТЛОЖНОСТЬ ДИСКУССИИ**
ЭММАНУЭЛЬ ХИРШ (EMMANUEL HIRSCH)
Мораль в действии, практическая метафизика... Биоэтика становится полем, где проявляются основные силы нашей социальной системы. Каким образом можно поднять биоэтику на высоту действительно общественной дискуссии в то время, когда налицо разрыв между нравственными намерениями и практическими решениями, принимаемыми в неотложных ситуациях?

- 120 КОМИТЕТ ПО ЭТИКЕ: ИСТОРИЯ ОДНОЙ ПРОБЛЕМЫ
КЛЕР АМБРОСЕЛЛИ (CLAIRE AMBROSELLI)
Широкие дискуссии по вопросам биомедицинской этики, начатые ее приверженцами в XX столетии, распространились по всему миру и приняли разнообразные формы. Можно ли определить роль, проанализировать и оценить уже задействованное в создании и работе комитетов по этике, не задаваясь вопросом об их исторических корнях?

3. В ПОИСКАХ БИОПРАВА

139

Этике предшествуют право и права. Может ли закон выполнять роль проводника или заграждения? В постоянном переосмысливании текстов в соответствии с новыми методами кроется опасность вынужденного чересчур поспешного принятия законов под давлением событий или лобби. Но все-таки, — не должны ли некоторые законодательные предписания исполняться неукоснительно, если мы хотим сохранить принципы, на которых зиждется гуманистическое общество, и которые защищают наиболее слабых?

- 141 ПОД ВЫСОКИМ ПОКРОВИТЕЛЬСТВОМ
РОБЕР ФЛАМАН (ROBERT FLAMANT)
Преодолев многочисленные трудности, наконец вышли в свет закон о защите людей, которые согласились на биомедицинские испытания (1988), и декреты, касающиеся его применения (1990). Но эти законодательные акты рассчитаны преимущественно на юристов. Окажут ли сопротивление медики и исследователи?
- 149 ПСИХИАТРИЯ: ПРАВО НА ИССЛЕДОВАНИЕ,
ПРАВО ПАЦИЕНТА
АНН ФАГО-ЛАРЖО (ANNE FAGOT-LARGEAULT)
Как следует поступать: отвергать любые исследования в области психического здоровья либо пытаться идентифицировать и разрешить практические сложности, касающиеся «добровольного и осознанного согласия» при проведении исследований в области психиатрии?
- 167 ТЕНЬ И СВЕТ ЗАКОНОВ
КАТРИН ЛАБРЮС-РИУ (CATHERINE LABRUSSE-RIOU)
Если мы не хотим, чтобы правление людей у нас на глазах подменялось научно-техническим правлением, нужно право.

Но какое право? До того, как сложились конкретные ситуации, концепции прав человека противопоставлялись. При каких условиях можно принимать законы? Какие ценности предстоит увековечить, какую опасность предотвратить?

178 ЧЬИ ЭТО ГАМЕТЫ?

МАРИ-ОДИЛЬ АЛЬНО (MARIE-ODILE ALNOT)

Можно ли использовать гаметы, полученные после смерти? Что касается данной сферы, то существующие правовые предписания не позволяют биологу ответить на возникающие вопросы, загоняя его в сложные законодательные сети. Возможно, между «правовой пустотой» и принуждением есть место пространству свободы.

186 НОВАЯ ИГРА ЗАКОНОВ

ЛОРАНС ГАВАРИНИ (LAURENCE GAVARINI)

Если до сих пор в сфере зачатия и выращивания плода с помощью медицинских средств длительное время доминировали внутренние правила, то отныне к ним присоединяются либеральная модель и проект норм. Кто создаст закон? Биомедицина или право? В любом случае, это происходит на фоне противоречий практики и опыта, отмеченных тенденциозным эмпиризмом. Отсюда следует, что этика, с одной стороны, отражает фундаментальные вопросы, такие как вопрос о демократии, а с другой — скрывает их от обсуждения.

4. НОВОЕ ИСКУССТВО СОМНЕНИЯ

201

Этические размышления рождаются из сомнений и неуверенности. Не должны ли они, в таком случае, прежде всего формироваться при обсуждении идей в философии, в гуманитарных науках? Не станем поддаваться искушению сциентизма.

203 НАЧИНАЮЩИЕ МЫСЛИТЕЛИ

АБРАМ КОЭН (ABRAM COEN)

Этическое образование — назревшая проблема, которая очевидна для всех граждан. Но какое образование? Можно ли научить размышлять, думать, сомневаться?

- 214 **ЧТОБЫ ВИДЕТЬ ИЛИ ЧТОБЫ ДУМАТЬ?**
КЛЕР БРИССЕ (CLAIRE BRISSET)
Нужно ли создавать правила поведения, чтобы предотвратить искажение медицинской информации? Кто, в таком случае, будет их вводить и контролировать? Не больше ли гарантий дает моральность конкретного человека, чем неприемлемое или безличное регламентирование?
- 220 **ЛЮДИ — БРАТЬЯ**
ФРАНС КЕРЕ (FRANCE QUÉRÉ)
Как понять, что для философии отношения с другим (то, что называется этикой) стало фундаментальным аспектом? После Освенцима невозможно думать так, как раньше: человеческое существо выглядит хрупким, зависимым от милости других. Вспомним об Апостоле Фоме: мы существуем со страдающим телом.
- 229 **ИСТИНА ЗА ПИРЕНЕЯМИ...**
НИКОЛЬ-АЛИС СЕНДЗЕНГР (NICOLE-ALICE SINDZINGRE)
Релятивистские вариации в вопросах этики. Существует ли универсальная мораль? О чем следует говорить: об этноэтике или об антропозтике?
- 240 **ПРОГРЕСС РАДИ ЕДИНОЙ ЦЕЛИ?**
МАРСЕЛЬ БЛАН (MARCEL BLANC)
Ведут ли размышления над этическими проблемами к замедлению научного и медицинского прогресса, который, естественно, стремится избавить человечество от страданий? Подобная постановка проблемы свидетельствует о достаточно наивном представлении...

ОТ БИОЭТИКИ К ЭТИКЕ МЕДИЦИНСКОЙ
ФРАНСУАЗА БРИССЕ-ВИНЬО

*Лично я придерживаюсь мнения,
что единственная цель науки
— избавление человечества от страданий.*

Бертольд Брехт. Жизнь Галилея

*Д*о недавнего времени главные принципы медицинской этики, осуждающие убийство человека, подчеркивающие обязательность соблюдения тайны, предупреждающие медиков от безнравственного использования знаний и власти, находили отражение в той нравственной традиции, основу которой составляли Клятва Гиппократова, иудейско-христианская мораль и Декларация прав человека.

Произошедшие за последние двадцать лет различные революционные изменения в области биологии и развитие новых технологий угрожают разрушить казавшиеся незыблемыми моральные нормы, а также некоторые социальные и культурные ценности, которые еще недавно казались довольно прочными, в частности касающиеся родственных связей, преемственности поколений.

Сегодня, когда научный прогресс внес свой вклад в небывалое развитие медицины, уже не может быть достигнут консенсус относительно метафизических представлений.

Для того, чтобы избежать ошибок, медики, исследователи и юристы стремятся обращаться к праву или этике (но — какой этике?), надеясь получить ответы на вопросы, на которые порой ответить нельзя: «Как должен поступить врач, когда традиционная эхография, которую делают при беременности, показывает аномалии развития конечностей или внутренних органов, наличие заячьей губы? Должен ли он сообщить об этом будущим родителям, рискуя столкнуться с тем, что они решатся на прерывание беременности даже если выявленные врожденные аномалии поддаются лечению, если они незначительны или «приемлемы»? «Когда станет привычным устранять чудовищ, тогда малейший изъян будет чудовищным», — говорил еще Жан Ростан.

Не подменяется ли сегодня феминистский лозунг 60-х годов: «Ребенок — когда хочу, если хочу» формулировкой «Ребенок — какой хочу»? Мы уже не терпим отклонений от нормы. Но что такое норма?

Разграничив сексуальность и зачатие, биология открыла ящик Пандоры. Творчество вскружило головы врачам. Все они позабыли о человеке. «Чтобы сделать ребенка, — говорил Жак Мопо, — нужны трое: женщина, мужчина и случай». Сегодня достаточно женщины, спермы и врача. Зародышем манипулируют, его переносят, «сокращают», хранят. Ребенок рождается от науки.

В конечном пункте жизненного пути на первый план всегда выходит врач: что он должен ответить на просьбу об эвтаназии? Что означает «положить конец страданиям»? «Не убий» — повелевает Библия, закон и Кодекс медицинской деонтологии; но не возникают ли такие моменты, когда закон можно преступить? Как? По какому праву? В одном из штатов Соединенных Штатов Америки неизлечимые больные недавно получили право умереть «с достоинством». Что такое достоинство?

Не оказывается ли сегодня, что врачи облечены властью (и долгом), которая выходит за пределы их поля деятельности? Действительно, они должны лечить от болезней, облегчать страдания и соответствовать социальным и даже экзистенциальным требованиям людей. Одни, обеспокоенные варварским использованием новых методов, требуют объявить мораторий, другие призывают принять закон о «статусе человеческого тела»: каждый ощущает необходимость дебатов, но в то же время опасается принятия законов, которые будут препятствовать прогрессу, или того, что эти законы будут подменены нескончаемыми рассуждениями, которые, впрочем, тоже необходимы. Не поддадимся искушению сциентизма: ни один из видов технического прогресса не замыкается в самом себе; наука не разрешит всех проблем. Пора вплотную задуматься о том, куда приведет нас знание. Если мысль создает науку, то любой прогресс науки обязывает к реорганизации мысли.

Однако вернемся к медицине. Выше науки, закона, права, выше всего — люди: больной и врач. И страдание, и вопросы обращены к тому, кто, как предполагается, знает и может. Какими орудиями он располагает? На какие инстанции, на какие тексты он может сослаться? Готов ли он к подобным размышлениям?

Овладел ли в полной мере столь сложными идеями? Математическое мышление, вот уже в течение двадцати лет считающееся бесспорным приоритетом при отборе будущих врачей, не означает гибкости ума, которая позволяет взвешивать каждое слово, анализировать глубинный смысл, освещать мысль и представляемое ею понятие таким образом, чтобы противопоставить тезис и антитезис; математический подход не позволяет проникнуть в глубину культурного окружения, куда в любое мгновение может вторгнуться болезнь.

Порадуемся, что сегодня раздается немало голосов в пользу возврата к большему гуманизму и большей нравственности, но не позволим затеять дебаты лишь некоторым «специалистам по этике». Это касается нас всех. Философия и нравственность не должны быть замкнуты в узком кругу, поскольку науки о жизни затрагивают все человеческое общество.

ФРАНСУАЗА БРИССЕ-ВИНЬО

Журналист, технический советник Президента
Национального совета Ордена врачей по информации

1

ЭТИКА НА ПРАКТИКЕ

От зачатия и до смерти технического прогресс создает неизвестные ранее ситуации, порождающие новые сомнения. Медики прилагают усилия, чтобы разрешить возникающие проблемы, подчеркивая постоянство противоречий, в которых они развиваются.
Конкретные ситуации.

«БУДУЩЕЕ ГРЯДУЩЕГО»

СЕГОДНЯ, БЛАГОЛАРЯ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ, ВОЗМОЖНО ВЫЯВИТЬ БОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО АНОМАЛИЙ. СЛЕДУЕТ ЛИ ВСЕ-ТАКИ ПРИ МАЛЕЙШЕМ СОМНЕНИИ ПРЕДЛАГАТЬ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ (ВЕДЬ ТО, ЧТО ДЛЯ КОГО-ТО — НЕПОСИЛЬНАЯ ОБУЗА, ДЛЯ ДРУГОГО — ДОЛГОЖДАННАЯ РАДОСТЬ)? В ЛЮБОМ ЛИ СЛУЧАЕ ВРАЧ, ВЛАДЕЮЩИЙ ИНФОРМАЦИЕЙ, ДОЛЖЕН ОТКРЫВАТЬ ЕЕ ВО ВСЕМ ОБЪЕМЕ, РИСКУЯ ВЫЗВАТЬ СЕМЕЙНУЮ ДРАМУ? РЯД ВОПРОСОВ И ПАНОРАМА СИТУАЦИЙ, КАКИМИ ОНИ ПРЕДСТАЮТ В СЛУЖБЕ ГЕНЕТИКИ.

Целью пренатальной диагностики (ПНД) является точная оценка состояния здоровья эмбриона или плода и того существа, которым он станет после рождения. Интерпретация результатов исследований лишь изредка служит основанием для лечения эмбриона или плода; чаще возникает альтернатива: осуществлять мониторинг течения беременности и заботиться о проведении родов или прервать беременность. Оценка всех факторов и параметров, влияющих на решение врача (согласиться с необходимостью прервать беременность и предложить сделать это после проведения пренатальной диагностики) составляет наибольшую сложность в принятии решения.

СТРАТЕГИЯ ИЛИ АДАПТАЦИЯ?

В историческом плане первыми начали применяться пренатальные прогностические методы диагностики, основанные на изучении кариотипа клеток тканей эмбриона и плода, затем — молекулярно-генетические. Исследование амниотической жидкости, плаценты или крови плода проводится по желанию супругов, которые знают, что зачатый ими ребенок рискует оказаться носителем наследственного заболевания. Причиной может быть как высокая частота наследственных заболеваний у ближайших родственников отца и матери, так и «слишком зрелый» возраст матери; неожиданному возникновению хромосомных нарушений, например трисомии 21 (вызывающей монголизм), могут способствовать и другие факторы.

Впоследствии применение эхографии позволило перейти на совершенно иной уровень исследований, позволяющий подтвердить, что случаи недостаточного роста зародыша или избыточного объема амниотической жидкости не объясняются состоянием здоровья матери. При ультразвуковой эхографии могут быть выявлены аномалии развития какого-либо внутреннего органа, конечности или мозга. Полученные данные наводят на размышления о «глобальном» состоянии здоровья плода и его будущем.

ПНД. ПРИ КАКИХ ПОРОКАХ?

Какая патология оправдывает прерывание беременности и почему?

Практикующие врачи не единодушны во мнении относительно природы патологий, которыми может быть оправдано медицинское прерывание беременности по генетическим показаниям. И у самих пар при принятии решения смешиваются и порой противостоят друг другу два типа мотиваций. Прекрасной иллюстрацией является возможное умственное недоразвитие. Благородство по отношению к существу, обреченному в силу болезни зависеть от родителей, которые не смогут быть с ним всю жизнь, и эгоистический мотив: сложности, связанные с этим «иным» существом, боязнь супругов, что они не смогут этого выдержать. Действительно, хорошо известно, сколь часты разводы в испытавших потрясение семьях, когда рождение умственно отсталых детей зачастую выбивает из-под ног привычную почву. Однако точно так же известно, что некоторые родители умственно отсталых детей по-настоящему счастливы. Не правда ли, такая способность быть счастливым — редкий дар, и зависит он во многом от уровня культуры и того представления об «умственном дефекте» и о «качестве ожидаемого ребенка», которое эти люди уже имели?

Двигательная недостаточность при миастении с замедленной эволюцией относится к той же категории, что и чрезвычайно малый рост у некоторых карликов. Но порой это осложняется и другими факторами, например, некоторыми дефектами лица, которые невозможно полностью устранить с помощью хирургических методов. Чем тогда является взгляд постороннего: волнует он самого больного или катящих коляску родственников?

Оценка серьезности дефекта, таким образом, дело личное: известно, что гемофилия, при которой часто происходит кровоизлияние в суставы, обычно воспринимается нормально, и лишь некоторые семьи просят провести пренатальную диагностику.

Фактором, определяющим решение супругов прибегнуть к пренатальной диагностике, является знание о прогрессирующем характере патологии. ПНД производится при псевдогипертрофической миопатии (Дюшена), вследствие которой мальчики к десяти годам утрачивают способность ходить, при этом им грозит неминуемая смерть в возрасте до двадцати лет. Иначе обстоит дело при утрате зрения ребенком, у которого сохранены функции остальных органов и систем, при этом предполагается нормальная продолжительность жизни. Подобная ситуация не столь однозначна. То же можно сказать и о миопатии Беккера, развивающейся на протяжении более сорока лет, или поликистозе почек у взрослых, при котором активные субъекты старше сорока лет вынуждены периодически подключаться к искусственной почке на дому. В случае хорей Гентингтона, которая проявляется лишь у взрослых после тридцати — сорока лет и приведет к гибели не позднее чем через 10 лет (при этом больной пребывает в состоянии тяжелой деменции), невольно возникает вопрос о счастливых годах, прожитых до заболевания: заслуживает ли эта патология прерывания беременности и если да, то в чью пользу принимается решение?

Известна также наследственная патология, при которой субъекты с мужским набором хромосом и носители тестикулов рождаются с внешностью женщины. Такая внешность не находится в противоречии со вторичными половыми признаками: грудь разовьется в положенное время, фигура сформируется гармонично. Единственным недостатком этой женщины будет отсутствие менструаций и бесплодие, обусловленные отсутствием матки и яичников. Заслуживает ли такая патология прерывания беременности?

Известно также, что пренатальная диагностика может потребоваться, как это ни парадоксально, при ряде патологических процессов, при которых можно прибегать к лечению, в том числе профилактическому. Это муковисцидоз, который даже при сделанных прививках ткани сердце-легкое по-прежнему убивает 50 из 100 детей, пораженных в возрасте до двадцати лет прогрессирующей респираторной недостаточностью. Это и галактоземия, патологический процесс, связанный с на-

рушением обмена веществ, воздействие которой на развитие интеллекта может быть предупреждено исключением из пищевого рациона лактозы, хотя полной гарантии никто дать не может.

КАКОЙ СЕМЬЕ ПРЕДЛАГАТЬ ПНД, КАКОЙ ОТКАЗЫВАТЬ В НЕЙ?

Показания могут различаться в зависимости от оценки степени риска или структуры семьи.

Некоторые женщины рискуют передать ген миопатии Дюшена одному из сыновей. При этом во время беременности отсутствует возможность достоверно узнать, поражен зародыш или нет. Как поступать, когда возникает сомнение? Следует ли предлагать прервать любую беременность мальчиком, поскольку он может иметь вызывающую подозрение хромосому, или воздержаться от этого?

Сложности пренатальной диагностики болезни Реклингаузена, ген которой был недавно исследован, определяются различными, до сих пор непрогнозируемыми, формами, которые она принимает: у членов одной и той же семьи эта болезнь может проявляться как несколькими светло-кофейными пятнами на коже у субъекта с нормальным интеллектом, так и тяжелым эпилептическим состоянием, сопровождающимся умственным дефектом, — у субъекта с кожей, покрытой темными опухолевидными образованиями. Нужна ли в этом случае пренатальная диагностика?

При фенилкетонурии структура семьи может помочь в определении показаний для пренатальной диагностики (с целью прерывания беременности при «пораженном эмбрионе»). Эта патология, обусловленная метаболическими нарушениями, поражает 25 из 100 детей здоровых родительских пар; в наших странах ее регулярно выявляют при рождении, что позволяет действенным образом предупредить умственный дефект путем назначения адаптированного режима в течение по меньшей мере первых пяти лет жизни. Вместе с тем некоторые родители, уже имеющие двух больных детей, опасаются, несмотря на признаваемую ими эффективность режима, производить на свет еще одного пораженного ребенка. Что им ответить, когда знаешь о годах их борьбы за соблюдение режима питания?

ПРЕДЛОЖЕНИЕ О ПРОВЕДЕНИИ ПНД: КАКОВ РИСК?

С амо предложение провести пренатальную диагностику может стать дестабилизирующим фактором, поскольку это предлагают неподготовленным и не просящим об этом субъектам; оно наводит их на размышления об имеющейся у них болезни. В таких случаях врач зачастую колеблется между желанием проинформировать (с тем чтобы предупредить) и желанием подождать, пока супруги сами не попросят о профилактике, при условии, что их умственное развитие, воспитание, этническая и религиозная культура позволяет это.

Предложение провести пренатальную диагностику приводит также к тому, что отец умственно отсталого ребенка осознает, что является носителем сбалансированной хромосомной перестройки, а в случаях с ограниченным умственным дефектом мальчиков — к риску вызвать чувство вины у женщины, являющейся носителем нарушений. Проблемы становятся еще более острыми, когда речь идет о преобладающей патологии, передающейся пораженным родителем 50 детям из 100: «Я не хочу, чтобы мой ребенок пережил то, что пережил я», — является основанием для пренатальной диагностики, но «если окажется, что мой ребенок поражен, и если беременность будет прервана, то его — такое же существо, как и я, выбросят» отрицает обоснованность прерывания беременности. Наконец, привлекать внимание человека к тому факту, что он рискует передать своим детям ген прогрессирующей дегенерации нервной системы, которую наблюдал у одного из своих родителей, означает натолкнуть его на мысль о том, что в один прекрасный день он сам, с большой долей вероятности, может заболеть.

ЧТО ДЕЛАТЬ С РЕЗУЛЬТАТАМИ?

К ак поступать? «Диагностировать раньше, даже при повышенной вероятности зародышевой агрессии, с тем, чтобы как можно раньше осуществить возможное прерывание беременности при пораженном зародыше»? Речь идет об эмбриоскопии, достаточно опасном для зародыша исследовании, которое позволяет наблюдать определенные серьезные генетические отклонения за несколько недель до эхографии. Или о взятии пробы крови плода, процедуре несколько менее

безобидной по сравнению с амниоцентезом, которая позволяет определить набор хромосом зародыша в течение одной недели, то есть получить результаты на две недели раньше.

Пренатальные биологические исследования предполагают определенную погрешность результатов, которую к 1991 году снизить не удалось. Например, в случае умственного дефекта у мальчика с фрагментацией хромосомы X, которую могут передать сыновьям некоторые матери, являющиеся ее носителем, и которую не всегда можно выявить. Не исключено, что такой мальчик с трудом будет осваивать школьную программу. Это также наличие избыточной хромосомы X, что можно наблюдать у субъекта мужского пола (47, XXV) во время пренатальной диагностики, проводимой в связи со зрелым возрастом матери. Известно, что, как правило, такая хромосомная формула обозначает стерильность, но иногда (крайне редко) она может быть причиной умственного дефекта. В этих случаях возникает сомнение: прерывать беременность или нет?

Запоздалое выявление угрозы зародышу предполагает выбор соответствующего решения. В отличие от предыдущих ситуаций, к которым обычно готовятся в течение длительного времени, выявление в ходе беременности не представляющей особого риска аномалии приводит к тому, что возникает уравнение со множеством неизвестных, нередко придающее ситуации драматический оттенок. Вызвала ли бы ампутация правой руки (о неизбежности которой уже известно) такие же тяжелые переживания заинтересованного лица и его семьи, как прерывание беременности, на котором настаивает семья; явилось ли бы оно актом оправданного милосердия? Весьма существенное отставание в росте, не объясняемое ни состоянием матери, ни состоянием плаценты, может быть генетическим, поскольку нормальный кариотип не исключает наследственного характера заболевания. Следует ли рисковать и не прерывать беременность из-за того, что мы не располагаем весомыми основаниями, или же следует предложить прервать беременность, потому что мы почти уверены в генетической природе патологического процесса, даже если это и невозможно подтвердить?

Проблемы сформулированы, решать их сложно...

КЛОД МОРЕН

Профессор генетики. Заведующая отделением генетики
Регионального Клинического Центра (СНИ), г. Тур

В НАЧАЛЕ БЫЛА ЖИЗНЬ

КАК ОЦЕНИТЬ КАЧЕСТВО БУДУЩЕЙ ЖИЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО, НАХОДЯЩЕГОСЯ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ? МЕДИЦИНСКОМУ ПЕРСОНАЛУ НЕДОСТАТОЧНО УЖЕ СУЩЕСТВУЮЩИХ КРИТЕРИЕВ. НЕСОМНЕННО ОДНО: НОВОРОЖДЕННЫЙ — ЭТО ЧЕЛОВЕК.

За последние двадцать лет наука о новорожденных изменилась благодаря изобретению (а затем широкому развитию и распространению методов реанимации) интенсивной терапии. Многочисленные исследования подтвердили, что снижение показателя смертности даже среди незрелых новорожденных не отражает частоты осложнений, в частности неврологических. Несмотря на обнадеживающие цифры, нельзя не замечать многочисленных и глубоких человеческих драм, с которыми сталкиваются работники службы реабилитации новорожденных. Эти вопросы следует решать наиболее щадящим образом. Действительно, проблема заключается в том, чтобы знать, следует ли реанимировать всех детей или существуют ситуации, позволяющие без колебаний отключить приборы, поддерживающие жизнь. Ранее эти проблемы не поднимались, поскольку не существовало ни способов лечения, ни структуры жизнеобеспечения, специфически адаптированной к новорожденным. Они были оставлены на произвол судьбы, и многие из них погибали. Поскольку не существовало действенных средств вмешательства, то ни об уклонении от врачебных обязанностей, ни о детоубийстве по умолчанию и не говорили.

В последнее время в печати появилось множество публикаций, освещающих те или иные точки зрения, многообразные традиции, отличающиеся друг от друга в зависимости от эпохи и страны. Эти публикации свидетельствуют о значимости предмета дискуссии и о растерянности медиков. Во Франции реаниматоры, объединившись в Группу неонатологических исследований и скорой педиатрической помощи парижского региона (GENEUP-RP) в течение двух лет пытались поделиться опытом, полученным — зачастую при драматических

обстоятельствах — каждой из служб. Они стремились определить некоторые общие направления, признанные группой нравственно приемлемыми. Перед тем, как представить их выводы, необходимо вкратце упомянуть о медицинских ситуациях, в которых обсуждалось невмешательство врача или прекращение им действий, и сказать о действующих лицах трагедии.

Предметом наиболее частых дискуссий стали следующие основные виды патологии:

1. Неврологическая патология. — Отмечается преобладание перивентрикулярной ишемии, избирательно возникающей у недоношенных, особенно у тех, кто родился до тридцатинедельного срока беременности. Ишемия может привести к развитию деструктивных патологических изменений, которые обуславливают серьезные психомоторные и сенсорные нарушения. Благодаря использованию методов чрезродничковой эхографии и ядерного магнитного резонанса в настоящее время возможно достоверное выявление таких изменений.

Среди детей, родившихся в срок, чаще всего наблюдается кислородная недостаточность мозга, вызванная сложными родами. Именно она обуславливает неврологические нарушения. Речь идет о детях в состоянии комы, часто с болезненными судорогами, подтвержденными данными электроэнцефалографии. Такие поражения как отек и деструкция мозга могут быть выявлены с помощью сканнера.

Реже отмечаются другие нарушения: аномалии и пороки развития мозга, различные заболевания с ранним проявлением нейро-мускулярных симптомов.

2. Респираторная патология. — Проблемы возникают на следующих двух этапах жизни детей.

В раннем периоде — через несколько часов или дней после рождения — у недоношенных, родившихся задолго до окончания срока беременности. Их легкие не готовы к газообмену при свободном поступлении воздуха. Несмотря на применение искусственной вентиляции, у многих из них возникают осложнения, они плохо развиваются, в ряде случаев наблюдаются состояния острой асфиксии.

В более позднем периоде жизни у новорожденного могут наблюдаться другие нарушения дыхания, объединенные под названием «бронхо-легочной дисплазии», они также могут привести к полной за-

висимости от искусственной вентиляции, с помощью которой только и можно поддерживать жизнь этих детей. Проблемы с легкими иногда столь затяжные и столь серьезные, что говорить о предполагаемом выздоровлении не представляется возможным.

3. *Синдром множественных уродств и пороков развития.* — При исследовании кариотипа в этих случаях можно найти хромосомные аномалии, связанные с известными синдромами или не относящиеся к ним. Прогноз (с учетом генетических аномалий) может быть сделан более или менее легко. Прогнозируемые синдромы, связанные с уродствами и пороками развития, могут повлечь за собой недостаточность функции многих органов и неврологические нарушения, вплоть до развития поражений, делающих последующий прогноз весьма проблематичным, несмотря на многочисленные и сложные оперативные вмешательства.

Таковы, в схематическом виде, основные виды патологических процессов, при обсуждении которых был сделан следующий этический вывод: в настоящее время в службе реанимации новорожденных смертность составляет примерно 15 на 100, половина смертей — результат осознанной позиции уклонения от выполнения врачебных обязанностей или прекращения их выполнения.

ДЕЙСТВУЮЩИЕ ЛИЦА ТРАГЕДИИ

Прежде всего речь идет о самом ребенке, больном новорожденном, терпящем жизненное бедствие. Длительное время этих детей не считали безусловными личностями, они рассматривались лишь как «потенциальные личности». Высокая детская смертность позволяла ссылаться на волю судьбы, и пока не проходили первые несколько дней, взрослые не были уверены в том, что тот, кому суждено родиться, будет жить. Следует признать, что новорожденный и сегодня остается объектом противоречивых суждений, вызывающих весьма неоднозначную реакцию: плод желания, случая или техники, он может соответственно быть как любимым и обожаемым, так и отверженным или обреченным. В нашем сверхтехнократическом обществе, помимо всего прочего требующем постоянного совершенствования, существует неприятие ребенка, не отвечающего общепринятым нормам. Наконец, оттого что ново-рожденный не обладает жизненной независимостью,

неспособен выразить свои мысли, рядом с ним должен быть врач, который определяет структуру ухода и лечения, адаптированную к конкретной ситуации, и способен оценить специфические проблемы, которые эта ситуация порождает. Если не врач, то кто же защитит его?

Далее следует поговорить о родителях: грубое вторжение такого драматического события как осложненное появление новорожденного, который тут же оказывается «между жизнью и смертью», вызывает сильное эмоциональное потрясение, подрывающее привычные устои любого человека. Как правило, особенно сильно это потрясение у матери, которая всегда чувствует себя ответственной (а поэтому и виновной) за состояние младенца. В тот момент, когда на кон поставлена жизнь ребенка, мать еще находится в родильном отделении, нередко она физически слаба после хирургического вмешательства или приема медикаментов; вот почему роль посредника между службой реанимации и семьей должен взять на себя отец. Именно эмоциональным и организационным фактором объясняется порой неадекватная реакция родителей, заявляющих, что не нужно прилагать усилий для спасения жизни ребенка или, наоборот, требующих, чтобы сотворили чудо в отношении ребенка, состояние которого безнадежно.

Фактически оказывается, что бригада службы реанимации, врачи и медсестры, заменяют родителей: именно им доверено здоровье ребенка и уход за ним. Обычно ситуация не позволяет вести длительные переговоры с родителями и, в любом случае, разрешения на лечение (даже при хирургическом вмешательстве) не спрашивают никогда. Между ребенком, родителями и медперсоналом устанавливаются тройственные отношения. Каждый будет действовать интенсивно, для того, чтобы остальные вышли из болезненных и волнующих ситуаций оптимальным образом.

Смерть, о которой думают все, — это источник в той или иной мере выражаемой тревоги. Быть рядом с ребенком, которому предстоит умереть вопреки усилиям реаниматоров — дело нелегкое, это всегда вызывает сильные переживания. Понять отчаяние родителей, помочь им, находящимся в смятении — не так-то просто. Но тревога достигает апогея, когда смерть нужно принять как крайнее средство, как меньшее зло по сравнению с последствиями реанимации, которая, вопреки всему, поможет выжить ребенку с серьезными нарушениями. Таким образом, в центре этических размышлений неонатальной реанимации

стоит понятие патологии и пределов ее приемлемости: если ребенок выживет, то каково будет качество его жизни? Представления о стойкости нарушения и качестве жизни не регламентированы.

Итак, реаниматор должен избегать двух подводных камней, двух крайностей: лечить каждого больного любой ценой ради выполнения предписаний, чтобы совесть была чиста, и отказываться лечить больного, чтобы вследствие лечения он не стал человеком с нарушениями. Перед лицом такой дилеммы очень часто возникают жестокие психологические конфликты. Страдания ребенка, его родителей и врачей — физические или моральные — могут ослабить всех причастных к этому, потому что в силу своей природы страдание поглощает и разрушает. Именно поэтому незаменимы в отделениях неонатальной реанимации детские психиатры или психологи-психоаналитики. Они не могут все объяснить, все уладить, но они могут помочь каждому осознать, что его аффективные реакции не являются невротическими: это человеческие реакции, вызванные тяжелыми проблемами жизни и смерти.

ОРИЕНТИРЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ УПРАВЛЕНИЯ ОБСУЖДЕНИЕМ

Эти ориентиры не должны восприниматься как часть неизменного протокола, поскольку для множества ситуаций и различных, зачастую противоречивых, доводов не существует единого окончательно сформулированного критерия. Вместе с тем необходима методология строгого подхода, пусть не всегда достаточная для аргументации решений.

Первый ориентир заключается в признании того, что каждый новорожденный, независимо от его веса, возраста, внешнего вида, патологии, должен считаться человеческим существом. Такое признание позволяет ему пользоваться всеми правами, которыми пользуется любой человек, в том числе и правом на лечение. На практике это означает, что в экстремальной ситуации такой ребенок должен получать необходимое лечение. Такая помощь человеку в беде становится также приоритетом, объясняющим постоянные вмешательства в родильном зале. Следует вырабатывать отношение, априорно направленное на жизнь, а не закликиваться на отношении противоположном, априорно подразумевающим поражение или смерть, не оставляющем ребенку никакого шанса.

Второй ориентир, неизбежное следствие предыдущего, заключается в том, что в некоторых случаях нужно согласиться на «разрушение уже сделанного». Действительно, чтобы спасти некоторых новорожденных, как правило, обреченных, иногда нужно уметь остановиться, потому что функциональный прогноз катастрофичен.

Третий ориентир вводит понятие выжидательной реанимации: пока жизнь ребенка поддерживается с помощью различных реанимационных методов (искусственная вентиляция, кислород, перфузия, медикаменты и т.д.), следует попытаться установить точный диагноз, который поможет определить прогноз. Этот этап требует времени, чтобы привести в действие все медицинские и технические средства. В течение этого периода жизнь новорожденного должна поддерживаться искусственно до тех пор, пока не будут объединены все аспекты обсуждения. Такая выжидательная реанимация может продолжаться длительное время, пока не будут разрешены все сомнения относительно природы заболевания или его эволюции.

Решение о продолжении или прекращении реанимации должно оставаться медицинским решением, но его нельзя возлагать на одного врача, как бы опытен он ни был. Оно должно быть плодом интенсивного обсуждения данных о больном компетентной врачебной бригадой и результатом консенсуса группы. Если возникают сложности, то важно иметь возможность обратиться к расширенному кругу медиков, в который вошли бы реаниматоры из других бригад и специалисты-консультанты. Очевидно, что в случае сомнения реанимация должна быть продолжена. Среди элементов, подлежащих обсуждению, следует называть шансы на жизнь, степень страдания, значение ребенка с нарушениями для семьи, принятие или отказ от него, социально-экономическое положение, культурный и интеллектуальный уровень родителей. Но ни один из этих элементов не должен играть решающую роль, поскольку его специфическое значение меняется в зависимости от ситуации.

Может казаться, что прекращение применения методов, поддерживающих жизнь, возвращает ребенка к его естественной судьбе обреченного на смерть. Но ведь нужно, чтобы за этим прекращением не последовала продолжительная, болезненная для ребенка, невыносимая для семьи и лечащего персонала агония. В таких случаях оправданно введение седативных препаратов, которые обеспечат смерть без страданий.

Когда же реанимация продолжается, то возникает проблема адекватной заботы о ребенке и его семье: важно поддерживать в них реальную надежду на приемлемую жизнь, с тем чтобы вызвать родительскую привязанность и избежать преждевременного настроя на траур.

Наконец, один из основных принципов нашего этического поведения — поддержка, оказываемая родителям. Если ребенок умрет, то его история не закончится: смерть глубоко и надолго отразится на супругах. Если он выживет, то дальнейшее наблюдение и консультирование позволят заметить появление возможных аномалий, которыми займутся специализированные бригады, а также — выявить вероятные аффективные диспропорции в отношениях ребенка и его родителей, которые всегда можно смягчить.

АТМОСФЕРА ДОВЕРИЯ

Таким образом, находясь в крайне сложной ситуации, родители и врачи должны существовать в атмосфере доверия: доверия, созданного благодаря открытой, последовательной, ясной позиции врача, даже если порой непросто адаптироваться к неоднозначной эволюции болезни. Как правило, родители принимают любое, даже самое тяжелое, решение врача, если чувствуют, что он такой же защитник жизни ребенка, как и они, если ощущают, что врач озабочен прежде всего качеством этой жизни.

Неонатальная реанимация родилась из уважения к жизни детей и отказа от постоянного невыполнения врачебного долга. Но она порождает неизбежные сомнения и вопросы. Зная, что далеко не все решено, и что всегда нужно быть готовым к новым вопросам, важно не боясь, напрямик приступать к их разрешению. Вопреки значительному опыту большинства бригад, нужно подчеркнуть сложность применения этических норм на практике. Наконец, все чаще реаниматор противостоит морально некогерентным ситуациям, являющимся результатом прогресса медицины, которая позволяет осуществлять диагностику патологии эмбриона и плода *in utero*, следствием чего является решение о прерывании беременности по так называемым «медицинским показаниям» в ситуациях, которые в постнатальный период не позволили бы говорить о прекращении медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА

Groupe d'étude en néonatalogie et urgences pédiatriques de la région parisienne (GENEUP-RP): Ethique et réanimation du nouveau-né et de l'enfant, Arch. fr. pédiatr., 1986; 43: 543-88.

M.DEHAN, Répures éthiques en réanimation néonatale. XIXE Journées nationales de néonatalogie. S.Karger éd., 1989: 8-17.

МИШЕЛЬ ДЕАН

Профессор, заместитель заведующего отделением неонатальной реанимации клиники Антуан-Беклер (Antoine-Béclère), г. Кламар. Член группы по этике GENEUP-RP (Группа неонатологических исследований и скорой педиатрической помощи парижского региона). Составитель книги «Скоропостижная смерть младенца», изд-во Doin, 1989

РЕАКЦИЯ — АГРЕССИВНОСТЬ

ЧТО ЕСТЬ НАЧАЛО ЧЕЛОВЕЧЕСКОЙ ЖИЗНИ? ХОТЯ ПОЯВЛЕНИЕ ПРЕРЫВАЮЩИХ БЕРЕМЕННОСТЬ ИЛИ КОНТРАЦЕПТИВНЫХ ТАБЛЕТОК И СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ НЕОПРОВЕРЖИМЫМ ОБРАЗОМ О ПРОГРЕССЕ, НО ИМЕННО ИЗ-ЗА НИХ ВНОВЬ ВОЗНИКЛИ СПОРЫ ОБ АБОРТАХ. НЕРЕДКО — СПОРЫ БУРНЫЕ, В ЧАСТНОСТИ В СОЕДИНЕННЫХ ШТАТАХ АМЕРИКИ И В ГЕРМАНИИ. КАК НА ЭТО ОТРЕАГИРУЕТ ИССЛЕДОВАТЕЛЬ? РЕДКОЕ ОТКРЫТИЕ СОПРОВОЖДАЛОСЬ ТАКИМИ ПОЛИТИЧЕСКИМИ, ЭКОНОМИЧЕСКИМИ, ЭТИЧЕСКИМИ И РЕЛИГИОЗНЫМИ ВОЛНЕНИЯМИ, КАК ОТКРЫТИЕ АБОРТИВНЫХ ТАБЛЕТОК¹. НАМ БЫ ХОТЕЛОСЬ ОТРАЗИТЬ В ДАННОМ ИНТЕРВЬЮ ПРОБЛЕМЫ СОЗНАНИЯ, С КОТОРЫМИ СТОЛКНУЛСЯ ИЗОБРЕТАТЕЛЬ, И ТО, КАК ОН ВОСПРИНИМАЕТ СПОРЫ, ВОСХИЩЕНИЕ ИЛИ ЖЕ, НАПРОТИВ, ВОЗМУЩЕНИЕ, ВЫЗВАННЫЕ И ТАБЛЕТКАМИ, И КНИГОЙ², В КОТОРОЙ ОН ОПИСАЛ СВОИ ПЕРИПЕТИИ, НАЧАВШИЕСЯ В 1960-Х ГОДАХ.

Интервью с профессором

ЭТЬЕНОМ БОЛЬЕ

Профессор биохимии медицинского факультета университета Пари-Сюд (Paris-Sud). Заведующий отделением эндокринологии клиники Бисетр (Bicêtre). Лауреат премии Ласкера 1989 года в области медицины за работы но эндокринологии

— Верите ли Вы в Бога?

— Нет, и сожалею об этом. Но я знаю, что мы ничего не знаем и не можем знать. Вера — нечто совершенно иное.

— То есть нельзя считать, что Ваше иудейское происхождение повлияло на направленность Ваших работ, учитывая, что эта религия проявляла достаточную терпимость к абортам?

— Нет. Тем более что иудеи в этом отношении, как мне кажется, столь же строги, как и католики. Все религии осуждают то, что может прервать жизнь. Однако, как сказал мне великий раввин Ситрюк, иудаизм считает, что душа попадает в тело только на сороковой день после

зачатия. Это соответствует восьмой неделе аменореи и как раз и охватывает период, в течение которого таблетки RU 486 действенны. Библия не предоставляет зародышу статус Нефеша, человеческой жизни. Она сурово осуждает тех, кто случайно вызвал у женщины выкидыш, ударив ее. Откройте «Исход», Главы 21, 22, 23. Позволю себе заметить, что католическая церковь, которая в целом осуждает контрацепцию и аборт, плоду особого значения не придает. Выкидыши в сроки месяца — полтора случаются часто. Кто-нибудь видел крещение или похороны эмбриона?

— *Даже если не касаться религии, то Ваше открытие заставляет задуматься о первых этапах жизни человека. Так поступали и Вы сами, руководствуясь, как Вы упоминаете в книге, законами морали. Уверены ли Вы сегодня, что не способствуете разрушению человека?*

— Разграничение между зародышем и ребенком может быть проведено достаточно условно. Ибо оно относится к тайне жизни. Но нам известно, что в течение двух недель с момента оплодотворения эмбрион ни в коей мере не может считаться индивидуумом (*individus* — тот, кого нельзя разделить), потому что иногда он разделяется с образованием близнецов.

В наших лабораториях *in vitro* культивируются миллиарды клеток, полученных из тканей человека. В этих клетках, тех совокупностях, которое они образуют, воплощена человеческая жизнь. Однако никому не придет в голову говорить о человеческом существе. Действительным предметом уважения должна быть только человеческая личность.

— *То есть ошибочно считать эмбрион личностью с момента зачатия?*

— Разумеется, во время оплодотворения при слиянии сперматозоида и яйцеклетки передается определенный основной генетический код человеческой личности. Но, по неизвестной нам причине, при этом может сформироваться не эмбрион, а опухоль — хориоэпителиома. Как же можно с первого дня считать зиготу человеческой личностью?

— *Аборты не нравятся никому. Вы тоже об этом писали. Это всего лишь наименьшее зло, с которым безропотно смиряются. Почему Вы пошли по этому трудному пути?*

— Я вовсе не стремился заниматься непристойной проблемой. Мое призвание — фундаментальные исследования, в частности на

уровне гормонов, в 1970-е годы по мере того, как продвигалось изучение прогестерона³, у меня возникла идея об исключительном применении этого препарата, вначале на уровне контрацепции. Затем мало-помалу оформилась мысль о некоем соединении, представляющем менее травмирующую по сравнению с инструментальными методами альтернативу аборту. В силу своей профессии я тонко чувствую гуманный аспект. А поскольку мы говорим об этике, поскольку аборты существуют, то во имя какого высшего принципа лишать женщину результатов медицинского прогресса, если развитие исследований во всем мире направлено на сокращение страданий? Я никогда не забуду, как будучи еще молодым доктором, в клинике по выскабливанию принимал страдающих женщин — в крови, часто с температурой и всегда встревоженных. Часто поступало предписание не давать наркоз, чтобы «проучить их». Где были тогда права женщины, уважение к человеческой личности?

— *Ваши противники обвиняют Вас в том, что аборты стали явлением ординарным...*

— Ординарным! Эта формулировка вызывает во мне отвращение. Она звучит издевательски и оскорбляет женщин. То, на что женщина решается в подобных условиях, никогда не может быть ординарным. И помочь ей технически вовсе не ординарность. Противники RU 486 затеяли бесконечные споры. Вот такой, например: законно ли уменьшать страдание? Или еще, как считает Его Высокопреосвященство епископ Майянский: не должно ли это страдание, напротив, стать преградой вседозволенности?

— *Вместе с тем создается впечатление, что в определенном смысле RU 486, избавляя от драматизма аборта, внесет свой вклад в эту вседозволенность, в частности в обществах, стремящихся к большему контролю за рождаемостью.*

— Контроль за рождаемостью — необходимое средство борьбы с нищетой в странах третьего мира. Но мне бы не хотелось, чтобы Яи 486 стало основным орудием этого контроля. Мне хотелось бы, чтобы в будущем к нему прибегали как можно реже, и чтобы развитие контрацепции привело к полному или почти полному отказу от применения постовуляционных методов. Тем не менее, разве не доказано, что RU 486 вносит научный вклад в демографическую эволюцию, направленную на большую упорядоченность в развивающихся странах?

— *Нам кажется вполне возможным, что антигормон 4, предназначенный сегодня в законодательном порядке для применения при добровольном прерывании беременности (ДПБ) и под строгим медицинским контролем, завтра может стать тем лекарством, которое некоторые женщины будут тайком принимать дома. Каково Ваше мнение?*

— Я рассматривал бы такой аспект личной жизни как прогресс. Но препарат всегда должен приниматься под наблюдением врача. Он неэффективен при внематочной беременности, которая непременно требует врачебного вмешательства. А ведь на тысячу беременностей приходится 5 внематочных. Кроме того, простагладин, принимаемый вместе с другими медикаментами, вызывает побочные явления. RU 486 никогда не станет таблеткой аспирина.

— *Возможно ли, что когда-нибудь по предписанию врача его можно будет принимать на дому, как любое лекарство?*

— Без сомнения — да, но прежде пройдет с десяток лет.

— *Речь идет об эволюции препарата или об эволюции нравов?*

— Действительно, общества эволюционируют. Вспомните, как в 1962 году Национальный Орден медиков восстал против контрацептивных таблеток. Прочтите коммюнике Совета Ордена от 24 января 1962 года: «Врач не должен играть никакой роли в применении противозачаточных средств». Ясно и категорично. А столь авторитетные люди как о. Грассе, утверждали: «Выступить за противозачаточные таблетки — гитлеровская тенденция». Для о. Шошара та же таблетка была «монстром, место которому — в лучшем из миров». Что касается препарата — антигормона, то мы усовершенствуем его таким образом, чтобы применять в количестве менее 600 мг. Мы усовершенствуем также схему приема, снабдив простаг-ладин эффектом замедленного действия, что сделает возможным его применение (оральное, а не внутримышечное) вместе с таблетками RU 486. Это позволит избежать двух обязательных посещений центра ДПБ, что практикуется в настоящее время.

— *Первые опыты с женщинами Вы проводили в швейцарском учреждении, в Женеве. Почему?*

— Потому что там я знал одного человека, который казался мне более достойным, отца Вальтера Хермана — католика из правых, но свободомыслящего, у которого нередко возникают оригинальные идеи,

в течение пятнадцати лет проработавшего научным сотрудником в Соединенных Штатах.

Французские власти неохотно поддерживали эти эксперименты — по социальным причинам, что отнюдь не способствовало ДПБ. Кроме того, это не одобрялось. В Женеве же существовала традиция прерывания беременности. Наконец, в женевских клинических заведениях работал комитет по этике, институт, которого в ту пору во Франции не было. Пробы проводились на женщинах, должным образом проинформированных и, конечно, давших согласие добровольно.

— *Как Вы воспринимаете агрессивность противников RU 486?*

— Я разграничиваю закономерную оппозицию фанатиков и злонамеренность. Последняя чаще всего прибегает к метафорическому языку, что мне неприятно. Например, выражение «таблетка смерти», нередко употребляемое средствами массовой информации. Это глупо. Это оскорбительно. Должен сказать, что мне не нравится ни слово «аборт», ни выражение «абортивная таблетка», даже при том, что именно им я обязан широкой рекламой, силовым прорывом через стену безразличия. Для себя я выбрал выражение «contragestion» («против администрирования») — взамен «contragestation» («против беременности»). Оно совершенно не скрывает, что речь идет о прерывании беременности. Оно просто делает очевидным коренное физическое и психологическое различие между поздним абортом и ранним прерыванием беременности, которое и вызывает RU 486. Как я писал в своей книге, речь должна идти о «contragestion» («против администрирования»), вносящем свой вклад в то, чтобы сделать раннее прерывание менее драматичным и избежать связанных с этим ужасных картин, таких, как воспоминания о прошлых абортах, поздних, делавшихся неумело и бестактно. Так вот, обычно я не реагирую на то, что пишут. Не добиваюсь права на ответ.

— *Среди противников Вашего изобретения фигурирует, как это ни парадоксально, руководитель фармацевтической группы, его коммерциализировавшей. Кстати, Вы упоминали об отрицательном отношении, которое вначале препятствовало выпуску препарата.*

— Действительно, преобладающей долей акций Roussel-Uclaf владеет немецкая группа Hoechst, которую возглавляет человек глубоко верующий, решительный противник абортов, г-н Вольфганг Хильгер.

В связи с негативной реакцией, в частности в Соединенных Штатах и Германии, он почувствовал, что Hoechst находится в уязвимом и двусмысленном положении. Ему не преминули напомнить о том, что произошло с IG Farben, который во времена третьего Рейха производил такие токсичные газы как циклон Б. Он опасался, как бы экстремисты не приравняли аборт к варварской евгенике... Сегодня происходит завоевание иностранного рынка.

— *Извлекаете ли Вы из этого материальную выгоду?*

— Никакой. Я не получаю процентных отчислений, причитающихся владельцу патента. Вопреки каким бы то ни было представлениям или предположениям, помимо моей зарплаты профессора на факультете и заведующего отделением гормональной биологии я как консультант получаю только фиксированные гонорары, которые мне платит Roussel-Uclaf. Я счастлив, что пользуюсь свободой, которая позволяет мне действовать и выбирать себе роль по собственному усмотрению.

1. RU 486 (сокращение от Roussel-Uclaf 38486, где 38486 — порядковый номер новой синтезированной молекулы).

2. *Génération pilule*, изд. Odile Jacob, 1990.

3. Гормон, активный при подготовке к беременности и в поддержании ее.

4. Антипрогестероновое соединение. Действует на уровне рецептора, взаимодействующего с прогестероном, где начинается гормональная реакция. Блокирует передачу информации.

5. Доза — три таблетки. Их принимают в Центре по контролю за рождаемостью не позднее пяти недель после последней менструации. Через тридцать шесть — сорок восемь часов после приема вводят простагладин (внутримышечно или в виде вагинальной капсулы).

Интервью взял

ЖАН-МАРИ ЛИОН

Журналист, L'Est-Républicain

«ТЕСНЫМИ ВРАТАМИ»*: ЭТИКА ОДНОЙ ЭПИДЕМИИ

СПИД ПРЕДСТАВЛЯЕТ ОПАСНОСТЬ НЕ ТОЛЬКО ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ОТДЕЛЬНОЙ ЛИЧНОСТИ ИЛИ СООБЩЕСТВА, ЭТО ТАКЖЕ УГРОЗА ЭТИКЕ — ЭТИКЕ ВРАЧЕЙ И ИССЛЕДОВАТЕЛЕЙ, ПОЛИТИКОВ И ГОСУДАРСТВ.

Заражение вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) и его распространение показательны тем, что не порождают специфических проблем, но поднимают одновременно многие этические вопросы. Летальный характер болезни, ее передаваемость, факторы риска, и даже стигматизирующее обозначение пораженных групп, отсутствие эффективных методов лечения и вакцин, а в связи с этим постоянная тревога и необходимость срочных действий не должны позволять пренебрегать обычными правилами деонтологии и уважения к личности человека или отступать от них. Напротив, все это обязывает быть гораздо более бдительными и пунктуальными во всех сферах. В таких странах, как наша, профилактика распространения болезни может заключаться в том, чтобы от предубеждения перейти к иному отношению к индивидуумам, нуждающимся в сочувствии и привязанности, пытаясь как можно меньше ограничивать их свободу. Предписания, принуждение, санкции — противоположность принципу уважения свободного согласия личности. Вместе с тем было бы ошибочно распространять этические аспекты только на уровень индивидуумов: они выходят на уровень государств и проявляются в проводимой политике, они проникают в институции и таким образом противостоят распространению болезни. Вот почему СПИД обязывает нас пересмотреть определение многомерной этики и подчеркивает обреченность ее измерений: любой недостаток ставит под сомнение все хрупкое сооружение.

* Матф.7:13, 7:14; Лук.13:24

На уровне государств этику рассматривают как элемент государственной политики, регламентирующих предписаний и их применения. Даже в рамках западных демократий можно было отметить спорные позиции, колебания, увливания относительно СПИДа. Некоторые перемещающиеся популяции, в частности туристы, стали рассматриваться как объект обязательного обследования, вплоть до запрета на их пребывание на территории страны. На самом деле проблема заключается в определении СПИДа: действительно ли речь идет о заразной болезни, и следует ли принимать превентивные меры (карантин, вакцинация или обязательное лечение, отказ во въезде и т.д.) против занесения болезней такого типа? А ведь СПИД — это болезнь, передающаяся в особых и достаточно ограниченных условиях, и ее возбудитель-вирус не может противостоять гигиеническим мерам предосторожности (дезинфекция, стерилизация, защита).

Позиция государств со всей очевидностью связана с их природой, следовательно, с присущими им особенностями правления. И авторитарные режимы не обременяют себя излишней щепетильностью: они отказывают в пребывании иностранцам из групп риска, размещают пораженных в специально отведенных местах, ограничивают свободу их перемещения и даже лимитируют половое поведение всех или некоторых. Но происходит и нечто более серьезное: сами демократии порой пренебрегают принципами, на которых они основаны. Поражены различные уравновешивающие структуры власти, которые обеспечивают ее стабильность. Один из факторов такой деструкции — давление, осуществляемое экономической властью. Это очевидно: инфицирование ВИЧ обходится дорого, и может обходиться все дороже. Если эта цена поддерживается частными страховыми компаниями в целях получения прибыли, как это происходит, например, в Соединенных Штатах, то у них нет иного выхода, кроме как переложить эту дополнительную цену на заинтересованных клиентов или не впускать их.

ЛИШНИЕ ЛЮДИ

Драматическое распространение эпидемии на популяции все более бедные, все менее защищенные социально, а следовательно, все менее способные оказывать давление на страховые компании и общественные власти, используя ассоциации и взывая к независимым си-

стемам взаимопомощи, лишний раз напоминает о тупике в неумолимых законах либерализма, о сложности приостановления эпидемии и об отчаянии популяций, ставших лишними. Вот почему все более очевидным становится усиление этического аспекта принципа солидарности социальной защищенности.

Рассматривая проблему лишних людей и проблему государств, мы не можем избежать вопроса о разгуле эпидемии в Африке, как не можем не говорить и о несостоятельности правительств стран этого континента в управлении ею. С нашей стороны, со стороны жителей западных стран, совершенно безнравственно интересоваться распространением СПИДа в Африке только в той мере, в какой оно может затронуть нас, и, не разглашая этого, предоставить наше страхование — достаточно ограниченное — для внедрения наших собственных моделей управления болезнью. Если Европу СПИД тревожит, то для Африки это — трагедия с колоссальными и непредсказуемыми последствиями. Поистине моральным долгом самых богатых стран является четкая постановка этой проблемы и помощь в ее преодолении.

Долг государственных властей — взять на себя ответственность за эту болезнь и предпринять усилия по ограничению ее распространения. В качестве предварительных мер исключительным средством воздействия на отдельных людей и социальные группы является поддержание связи с ними. Поддерживать эту связь, не манипулируя, не шокируя и не прибегая к ограничениям, не сея панику и не распространяя или раздувая слухи — задача не из легких. Этика и политика здесь неразделимы.

Многие отрасли, и прежде всего многие институции, непосредственно привлечены к развивающейся эпидемии: научные исследования, практическая работа, социально-санитарная область. Очень быстро, и частично под давлением больных, на фундаментальные исследования ВИЧ, на клинические, эпидемиологические исследования, на здравоохранение, на науку о человеке и обществе были выделены значительные суммы. Качество исследований в этическом плане базируется, с одной стороны, на соблюдении правил научных исследований (на хорошем знании исследуемой области и строгом соответствии методологии), а с другой стороны — на выполнении императива о пользе этих исследований и о правах человека. Этими правилами также предписывается, что результаты должны быть обнародованы

только в том случае, если исследователи имеют все основания быть уверенными в них. Публикация ре-зультатов осуществляется в достаточно компетентных печатных органах, при условии, чтобы всегда была возможность их проверки или опровержения.

РАЗОБЛАЧИТЕЛЬ

Помимо этих фундаментальных принципов следует учитывать, что СПИД обладает удивительным свойством разоблачать скрытые и принудительные силы научных исследований. Ошеломленная публика не раз становилась свидетелем отнюдь не деонто-логических действий. Реальные и условные прибыли, извлекаемые из открытия вакцины или новых методов лечения, весьма значительны. Между исследовательскими группами идет ожесточенная борьба. В таком контексте было бы наивно удивляться, что некоторые из них позволяют себе неблагоприятные действия. Однако напомним, что СПИД всего лишь обострил ситуацию, в которой оказалась вся наука, а предшествовали ей возможности контроля за соблюдением правил — в виде комитетов по этике, инстанций по оцениванию.

В отношениях этики с экономикой царит асимметрия. Она очевидна в мире труда. То, что лицам, инфицированным ВИЧ, угрожает отсутствие страховки или увольнение, не должно нас удивлять. Предусмотренные законом меры социальной защиты не могут предусмотреть всех методов, направленных на прекращение чьей-либо профессиональной деятельности. Сейчас речь идет о необходимости информировать обо всех подобных попытках, с тем чтобы соблюдать права и избегать злоупотреблений.

Руководствуясь в первую очередь заботой о рентабельности, страховые компании обычно не упускают случая ввести ограничительные положения, направленные на отстранение лиц, страхование которых было бы слишком дорогостоящим. Эти экономические императивы ставят под угрозу принципы свободного согласия на обследование и конфиденциальность результатов.

Относительно выплаты страховки. Повышенную стоимость лечения, расходы в связи с ростом оппортунистических инфекций при лечении, требующем значительных средств, в настоящее время берет на себя коллектив в рамках социального страхования. Там СПИД пока

еще не составляет или не составит исключения сколько подобная сверхстоимость не приведет к избыточной инфляции. Первичным является принцип солидарности, но нет гарантий, что он не будет нарушен.

Введение клинических протоколов также не должно вызвать особых проблем. Любому практикующему врачу известна статья 19 Кодекса медицинской деонтологии: «испытание на больном нового метода лечения может обсуждаться только после соответствующих биологических исследований, под строгим наблюдением и лишь в том случае, если этот метод может принести этому лицу непосредственную пользу». Тем не менее она подвергается постоянному давлению. Следует отметить позицию молодых людей, в большинстве своем прекрасно информированных, активно работающих в ассоциациях больных, которым их социальный капитал позволяет оказывать давление на врачей, чтобы иметь возможность прибегнуть к использованию методов лечения, минуя обычные этапы клинических испытаний. Параллельно в сфере медицины распространяется информация о «чудотворных методах лечения», «впечатляющих выздоровлениях». В атмосфере ширящейся анархии, которую летальный исход инфекции делает все более вредоносной, множатся параллельные методы лечения.

В амбулаторной практике СПИД не противопоставляет либерального врача новым ситуациям. Когда заключение о болезни анонимно, на нее распространяется принцип медицинской тайны. Только лечащий врач определяет, в каких случаях следует сообщить о вероятной болезни и предложить обследование на серопозитивность. Перед ним, будь то во врачебном кабинете, в клинике или в диспансерном отделении, стоит трудная задача: он должен со всей надлежащей осторожностью поставить больного в известность о позитивных результатах, а также быть рядом с умирающими, и взять на себя ответственность за то, чтобы поддерживать их жизнь или нет. Он должен предусмотреть и свести к минимуму риск заражения персонала: медсестер, стоматолога и, согласно деонтологии, не устраниваться от выполнения своего врачебного долга. Вместе с тем существуют примеры несоблюдения этого правила. Вполне вероятно, что с развитием эпидемии их количество возрастет.

Наконец, серьезные этические проблемы возникают в связи с поведением отдельных личностей и социальных групп, а также типом воздействия на них в рамках этой эпидемии.

ОХОТА НА ВЕДЬМ

Сильно искушение стигматизации, сегрегации больных. Об этом свидетельствуют попытки провести различие между «невинными жертвами» и теми, кто «заслужил» это зло своими действиями. Разделение такого типа было расхожей монетой уже в те времена, когда свирепствовал сифилис. В более или менее смягченном виде морализаторские разговоры велись с самого начала эпидемии. Таким образом, некоторые с облегчением думают о перспективе через годы — и даже через десятилетия — разделаться с «сексуальной распущенностью». По мнению самых злобных или самых ярых из них, гомосексуалисты таким образом ощутили справедливое проявление Божественного проклятия, а верности, после долговременной хулы, были возвращены ее грамоты благородства. То, что жертвы подвергались порицанию, никогда не позволяло сдерживать бедствие. Отторжение больных, выставление их на позор воскрешает в памяти гонения на ведьм. Что как раз и говорит о бессилии.

Мы уже подчеркивали, что люди, больные СПИДом, обладают правами. У них есть также и обязанности. Первая из них — не способствовать сознательно распространению эпидемии. Конкретно это означает, что они должны ставить своих сексуальных партнеров в известность о заболевании и не подвергать их риску. К нашему величайшему счастью, мы живем в стране, где этим долгом не пренебрегают. Но эти принципы распространены отнюдь не повсеместно. Обязанности больных зафиксированы в негласном договоре, который соблюдается далеко не всегда. Мы обнаружим это, если обратимся к данным различных анкет, проводимых сегодня. Более того, нет оснований для оптимизма в грядущем. «Пауперизация» пораженных лиц, низкий уровень их информированности, безответственность наркоманов, вводящих наркотики внутривенно, распространение болезни в среде бисексуалов или гетеросексуалов, где не так просто ради обнаружения источника заражения выявить имевшие место контакты, могут иметь два типа последствий: либо введение принудительной регламентации, что кажется весьма маловероятным в нашей стране, либо создание ситуации недоверия, всеобщей подозрительности, к которой, возможно, люди и привыкнут, но которая противоречит отношениям любви, когда не желают пользоваться презервативами.

В рамках ответственности больных передача инфекции от матери к ребенку чревата особенно острыми и трудноразрешимыми проблемами. В настоящее время во Франции беременным женщинам-вирусоносителям, то есть тем, у которых серопозитивность выявлена во время беременности, предлагают добровольно прервать беременность. Немалая часть их отказывается от этого и идет на риск (как для себя, так и для ребенка, которому предстоит родиться) преждевременных родов. В настоящее время в Соединенных Штатах поставлен вопрос о лишении таких женщин права на зачатие из-за противоречия между правами матери и плода, из-за права ребенка не родиться, из-за права ребенка родиться нормальным. Эти права сами по себе вызывают сомнение, по крайней мере потому, что открывают двери евгенике и ее злоупотреблениям. Между прочим, в одном случае из трех ребенок женщины-вирусоносителя оказывается серопозитивным. Мать, обычно токсикоман, занимает непрочное положение даже независимо от инфицированности. Для этих детей, будь они помещены в какие-то заведения или оставлены, трудно найти семьи, в которых их бы приняли. Хуже того, их не хотят принимать ни в детский сад, ни в школу, так как родители остальных детей или сотрудники возражают против этого. Ситуация воскрешает щекотливый вопрос, хорошо известный в случае зачатия с медицинской помощью, — о праве наблюдения и контроля по отношению к ребенку. Как бы там ни было, пока он остается нерешенным.

ИНФОРМИРОВАНИЕ

Обсуждение будет неполным, если не завершится последней-этической проблемой, которая включает все прочие: проблемой информирования. Ответственность причастных к нему лиц велика, и они должны ощущать ее в полном объеме, соотнося ее прежде всего со своей собственной деонтологией: распространять только ту информацию, в которой уверены, не поддерживать далекие от реальности надежды, не разносить слухи, не играть на сомнительных эмоциональных струнах, пусть даже и действенных, не пренебрегать уважением личности ради сенсации, вести себя скромно и сдержанно рядом со страданиями и смертью. Информирование — один из способов профилактики. Отсюда также следует, что не нужно забегать вперед, что опираясь на

предварительные исследования нужно контролировать их точность, размышлять и из-влекать уроки, оценивать будущие действия.

СПИД — угроза для всех, поскольку он — вызов нашим ценностям солидарности и уважения другого. Противостоять эпидемии означает также стоять на страже достоинства принципов.

ЖЕНЕВЬЕВА ПЕШЛЕ

Психосоциолог. Директор исследований CNRS — Национального центра научных исследований. Автор ряда публикаций, в частности «Psychologie des influences sociales: contraindre, convaincre, persuader», изд-во Delachaux et Niestlé, 1985

КОММЕРЦИЯ БЕЗ ТОРГОВЛИ

ОТ НЕХВАТКИ — К УГРОЗЕ НАРУШЕНИЯ НОРМ, ОТ ВЕЛИКИХ ПРИНЦИПОВ — К ДЕЙСТВЕННЫМ МЕТОДАМ: МЕСТО ДЕОНТОЛОГИИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПЕРЕСАЖИВАЮЩЕГО ОРГАНЫ.

Интервью с профессором

МИШЕЛЕМ БРУАЙЕ

Руководитель отделения нефрологии
клиники Неккер (Necker), Париж,
Вице-президент France-Transplant

— *Существует ли во Франции угроза принципу безвозмездности при передаче органов для трансплантации?*

— Нет. В нашей стране передача органов испокон веков осуществляется бесплатно, и я думаю, что другие страны стоят на тех же позициях, дающих гарантии во многих областях. Если такой вопрос возникает, причина — существующие слухи, возможно, вызванные завистью, личной неприязнью. Говорили, что некий посредник-нидерландец свел претендентку на трансплантацию, уроженку одной из стран Персидского залива, с женщиной-донором, которая продала ей почку за 240 000 франков. Министерство здравоохранения затребовало анкету. Она не была предоставлена.

Насколько мне известно, нет ни единого доказательства, что людей заставили платить за трансплантацию. Расходы по этому виду лечения взяло на себя социальное страхование. Трансплантация фигурирует в ограниченном перечне болезней, оплачиваемых на 100%, а проводится в государственных клиниках. Взятки не берут, по крайней мере, насколько я знаю. Во всяком случае, весь медицинский персонал провозглашает принципы, не имеющие отношения к денежному обращению и купле-продаже. Как бы там ни было, но эти слухи с самого начала сопутствовали моему предложению о Кодексе деонтологии французских медиков, пересаживающих органы, выдвинутом на рассмотрение France-Transplant.

— Однако шумиха продолжается, и вследствие этого на медиков, занимающихся пересадкой органов, мог обрушиться шквал взяток от тех претендентов на пересадку органа, которые хотят быть занесены в список ожидающих трансплантации.

— Еще раз: если подобное и случается, то профессия, которая этого не допускает, ни при чем. Дважды в неделю, во второй половине дня, врачам предоставлялась свобода действий относительно приема в частных клиниках. Государственное попечительство уделяло немало внимания этой практике. Могла ли быть использована такая легальная возможность для претендующих на пересадку? Государственное попечительство провело анкетирование, результаты которого выглядят вполне оптимистично. Тем не менее, декретами, предметом которых являлись правила пересадки, недавно были введены дополнительные ограничения.

Во Франции пересадками имеет право заниматься только общественный сектор. Это может казаться проявлением неравноправия в лечении. Тем не менее в пользу такого ограничения говорят два довода. Мы живем в стране с избыточным количеством центров по трансплантации: около тридцати — по пересадке печени, столько же — сердца, около сорока — почек. При такой ситуации нет необходимости расширять сеть аналогичных служб частного сектора. Кстати, правительство решило составить номинативный перечень утвержденных отделений по пересадке органов¹. Речь идет как раз о том, чтобы избежать какого бы то ни было участия денег при трансплантации. Принцип безвозмездности исключает возможность осуществления пересадок органов в частном секторе с целью получения прибыли.

— В соседних странах, таких как Великобритания, тем не менее нарушения имеют место...

— Это все-таки исключения, а они должны рассматриваться отдельно. Произошло нечто драматическое: турецких крестьян, отобранных недобросовестным вербовщиком, который стремился заработать деньги, убедили поехать в Англию. Там хирурги вырезали у них по почке в обмен на сумму от 20 до 30 000 франков. Тайна раскрылась, когда один из турок, вернувшись домой, рассказал о своих злоключениях, что стоило ему шести месяцев тюрьмы условно, потому что в Турции запрещена торговля своими органами. Что же было дальше? Институтция, исполняющая в Британии функции Совета Ордена, временно от-

странила от исполнения обязанностей нефролога, который затеял дело. Этот хирург, между прочим, был членом Международного общества по трансплантации. Недавно Генеральная ассамблея ассоциации приняла решение о временном исключении его из общества. Это говорит о возможности достижения консенсуса в подобных вопросах на международном уровне.

— И все же есть мнение, что на европейском уровне существует целая сеть, вербующая кандидатов для продажи органов и использующая при этом лаконичные завуалированные объявления. Это является следствием основной проблемы — крайней нехватки органов для пересадок. Можно ли быть уверенным, что тебя не коснется незаконная торговля, при том что с годами, вероятно, дефицит органов будет возрастать?

— Насколько мне известно, таких сетей не существует. Острая же нехватка органов для трансплантации действительно имеет место. Она объясняется тем, что в настоящее время еще недостаточно развито взятие органов у доноров-трупов. Во Франции насчитывается от 14 до 28 доноров на миллион жителей в зависимости от регионов (в Иль-де-Франс — 20). Мы намного отстаем от скандинавских стран, в частности, от Норвегии, где на миллион жителей приходится в среднем 40 доноров. Пример последствий такой ситуации: в прошлом году во Франции осуществили немногим более 2 000 пересадок, тогда как в списке ожидающих значится 4 000 человек. Ежегодно больные умирают из-за того, что им вовремя не сделали пересадку.

Такая ситуация объясняется многими факторами. С одной стороны, это отсутствие в клиниках необходимых средств, недостаточное количество бригад, необходимых для трансплантации, с другой — психологические сомнения некоторых членов реанимационных бригад, которым порой еще плохо удается кооперация. Бывает, что взятию органа противятся родственники.

На мой взгляд, решать проблему нужно прежде всего широко информируя общественность и медицинских работников. Не менее важно и то, что нехватку таких органов как сердце, будет очень сложно восполнить, так как показаний для пересадок стало больше и, следовательно, спрос намного увеличился. Я полагаю, что в этом конкретном случае следует развивать альтернативные методы, такие как ксенопересадка, с использованием животного трансплантата или искусственного сердца.

— Совершенно очевидно, что есть страны, которые заинтересованы в спекуляции органами — это развивающиеся страны. Почему?

— Причина подобной ситуации в отсутствии налаженной системы взятия органов у доноров-трупов. Нужно знать, что в развитых странах взятие органов осуществляется у субъектов, которые до этого были здоровы и погибли внезапно, вследствие дорожно-транспортного происшествия или травмы. Для того чтобы взять органы, нужно, чтобы эти субъекты оказались в клинике. Позволить себе это могут только прекрасно оснащенные, имеющие скоростные транспортные средства учреждения. В Индии или Бразилии подобной организации нет.

Что происходит, когда кто-либо в этих странах страдает от почечной недостаточности? Возможность проведения диализа² практически сведена к нулю, поскольку речь идет о весьма дорогостоящем методе. Единственной надеждой на выживание, таким образом, является пересадка. Поскольку использовать трупы невозможно (из-за отсутствия инфраструктуры и организации либо вследствие религиозных убеждений, запрещающих прикасаться к телам умерших), обращаются к живым донорам. Люди бедные, они готовы продавать свое тело. Таким образом, вся система вносит вклад в упрочение торговли органами.

— По мнению некоторых, в подобной системе довольны все: «бедный», который получает немного денег, и «богатый», который весьма рад, что ему будет пересажен жизненно важный орган...

— Это — вводящий в заблуждение и порочный довод, поскольку за ним всегда стоит оправдание эксплуатации бедного богатым. В худшем случае вполне можно было бы представить, что при подобных принципах налаживается разносторонний туризм передачи органов, привлекающий бедных доноров в богатые страны. Со стороны нравственности это неприемлемо.

— На каких основных принципах базируется требование безвозмездности?

— Как только трансплантация была официально признана (это было переливание крови), был провозглашен и никогда не пересматривался принцип безвозмездности. Считается, что дар должен быть следствием человеческой солидарности и благородства. Есть нечто порочное в том, чтобы предлагать за калечащую операцию деньги. К тому же, введение заинтересованности в мотивацию донора, являющееся

давлением на кандидата, противоречит правилу свободного согласия. Еще одна причина: как мы уже видели на предыдущем примере, обмен органа на деньги создает неравные условия для доступа к здравоохранению в зависимости от того, богат ты или беден. Но все эти рассуждения, в конечном итоге, проистекают из одного и того же основного принципа, а именно: органы и ткани человеческого тела не могут быть предметом торговли.

— Какими средствами нужно располагать, чтобы предотвратить отход от нормы?

— Во Франции действует закон Кавайе (Cavaillet) от 1976 года, который регламентирует передачу органов и подчеркивает безвозмездность как основной принцип этого механизма. К сожалению (и об этом говорилось неоднократно), данный закон не предусматривает карательных мер против тех, кто его нарушает. В проекте Закона о науках о жизни и правах человека, выдвинутом Государственным секретарем Ги Бребаном, предусмотрено наказание путем лишения свободы от полугода до трех лет и штраф от 12 000 до 20 000 франков не только для каждого, кто «получит и использует орган человеческого тела в обмен на плату», но и каждого, кто будет при этом посредником. Виновным будет также запрещено максимум 5 лет заниматься профессиональной деятельностью.

Крайне желательным было бы достижение унификации на европейском уровне. В 1987 году министры здравоохранения европейских стран встретились и сравнили различные принципы, затрагивающие вопросы трансплантации органов. Почти все упоминали о безвозмездности. Они также приняли кодекс, целью которого, помимо прочего, было стремление «избежать какой бы то ни было коммерциализации».

— Европейский кодекс, о котором мы говорили выше, ратовал за постепенное устранение практики взятия органов у живых доноров, эту же позицию защищал и основатель France-Transplant Жан Доссе. И действительно, не послужит ли это радикальным средством борьбы со спекуляцией?

— Я думаю, что полностью отказываться от трансплантации органов от живых доноров нежелательно, следует сохранить такую возможность, предоставляя ее членам одной семьи первого уровня родства: родителям и детям, братьям и сестрам. В таком узком кругу нарушений

закона не будет. Кстати, во Франции пересадки от живого донора никогда не составляли сколько-нибудь значительного числа. На их долю приходилось лишь 5% трансплантаций.

Эта мысль отражена и в Кодексе деонтологии, который я предложил France-Transplant. Я настаиваю на таком решении, потому что лучших результатов пересадки почки достигают тогда, когда почку получают от живого донора, а не от донора-трупа, в частности, при совместимости по антигенам, то есть когда у реципиента и у донора одинаковая «карта генетической идентичности». При этом успешный исход наблюдается в 90% случаев. При взятии почки от трупа показатель положительных результатов снижается до 70%.

Кроме того, не станем забывать о неоспоримом моральном преимуществе для донора: о возможности оказать близкому человеку неоценимую услугу спасительного дара. По какому праву мы лишаем его подобного удовлетворения?

— *Что бы Вы сказали в заключение?*

— Я бы сказал, что нужно действовать открыто. Возникает еще одна существенная этическая проблема: проблема распределения органов. Нельзя, чтобы оно стало предметом привилегий, чтобы органы похищались в пользу некоторых больных. France-Transplant ежемесячно публикует перечень всех органов, которые были распределены, с указанием того, где они были взяты, кому и почему были пересажены. Таким же образом можно проанализировать все. Да-да, открытость, именно это — лучшая гарантия от любых попыток нарушения закона.

1. Количество отделений должно быть приблизительно таким же, что и в настоящее время: 39 — по пересадке почек, 29 — сердца, 24 — печени.

2. Диализ, искусственная почка (способ очистки организма от шлаков). Благодаря аппарату, названному «диализатор», стало возможным выведение из крови токсичных отходов.

Интервью взяла

МАРИАННА ГОМЕЗ

Журналист, La Croix-L'Événement

СВОБОДА ПОД КОНТРОЛЕМ

25 сентября 1990 года по требованию Claude Evin, министра солидарности и социальной защиты, были приняты два декрета, касающиеся пересадок органов. Они преследовали двойную цель: обеспечить большую безопасность реципиентам и бороться с дефицитом трансплантатов.

«Декрет о санкциях, необходимых для взятия трансплантатов у клинически обреченных лиц». До настоящего времени санкцию на взятие органа Центру давал министр. Отныне — префект, по согласованию с региональной комиссией. Цель такой меры — повышение согласованности решений с действительной ситуацией на местах и стимулирование клинических центров к участию во взятии органов для трансплантации. В соответствии с декретом должны быть предприняты действенные меры для удовлетворения потребности в трансплантатах.

«Декрет о санкциях, необходимых для пересадки взятых органов» определяет людские ресурсы и оборудование, необходимое для обеспечения этой медико-хирур-

гической деятельности. С учетом этих критериев медицинским коллективам дают санкции на проведение пересадок. Санкции базируются на оценке результатов анализа, проводившегося в течение двух лет France-Transplant и Министерством здравоохранения. Подтверждена ведущая роль ассоциации France-Transplant: «В будущем деятельность коллективов, которые получают санкции, будет регулярно оцениваться France-Transplant. Такое централизованное управление поможет избежать того, чтобы при решении вопросов, связанных с трансплантацией органов, руководствовались, помимо компетентности, еще какими-либо, в частности финансовыми, критериями.

Наконец, станет невозможной деятельность по пересадке в рамках частного клинического сектора. Иными словами, врачи, осуществляющие в клинике частнопредпринимательскую деятельность, разрешенную им по закону, отныне не смогут заниматься приемом клиентуры по вопросам пересадки органов. Мера, завуалированно направленная против взяток.

ПОТРЕБНОСТЬ В ДОНОРСКИХ ОРГАНАХ*

ОРГАНЫ, ПЕРЕСАЖЕННЫЕ В 1989 г.		КОЛИЧЕСТВО ПАЦИЕНТОВ, ОЖИДАЮЩИХ ПЕРЕСАДКИ. НА КОНЕЦ 1089 г.
Почки	1957	4462
Сердце	626	527
Печень	585	220
Сердце-легкие	74	119
Легкие	35	63
Поджелудоч- ная железа	57	28

* Годовой отчет France-Transplant (данные на 1089 г.)

...И ДО СМЕРТНОГО ЧАСА

ПАЛЛИАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, ПРЕДСТАВЛЕННОЕ КАК ОКОНЧАТЕЛЬНОЕ РЕШЕНИЕ В СПОРАХ ОБ ЭВТАНАЗИИ, — ЭТО НЕ ТОЛЬКО ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ И МЕТОДОВ, НАПРАВЛЕННЫХ НА СНЯТИЕ БОЛИ. ОНО ПРЕДПОЛАГАЕТ ТАКОЕ ОТНОШЕНИЕ К СМЕРТИ, КОТОРОЕ ЗАСТАВЛЯЕТ КАЖДОГО МЕДИКА ЛИЧНО ЗАДУМАТЬСЯ НАД ЭТОЙ ПРОБЛЕМОЙ.

Дискуссия об эвтаназии постоянно выходит на поверхность, нередко ее вызывают публичные процессы — французские или зарубежные, как это было в июле 1990 года.

Различные телевизионные каналы организуют конфронтации («за» и «против»); опросы общественного мнения подтверждают ту или иную позицию; на страницах ежедневных газет одновременно помещают статьи, в которых изложены мнения как одобряющие, так и осуждающие ту или иную точку зрения.

Это происходит тогда, когда свободному волеизъявлению прервать жизнь противопоставлены — в качестве лекарства — меры, дающие временное облегчение. Но как происходит на самом деле? Всегда ли такой глобальный подход к нуждам и потребностям больных в конце их жизни исключает просьбу об эвтаназии? Является ли она ответом на все экзистенциальные беды человека перед лицом смерти?

ТАЙНА ЖИЗНИ

Различные показатели, наблюдающиеся в отделениях паллиативной помощи, иллюстрируются историями болезни: одни больные приходят на несколько дней, и кажется, что они проживут еще какое-то время, но как только оказываются в отделении, сразу перестают держаться; другие, прибывшие в состоянии комы, остаются с нами в течение долгих месяцев, опровергая все первоначальные прогнозы. За пределами историй болезни наших больных тайна жизни представляется нам еще более непостижимой: желание жить или умереть, выраженное, как нам казалось, при первой встрече с пациентом, иногда очень слож-

но понять. Это желание, переменчивое само по себе, иллюстрирует — и как! — двойственность просьбы «вылечите меня или умертвите». Когда обращаются с такой просьбой, она звучит совершенно искренне, но не проходит и часа, чтобы ее смысл не изменился.

Г-н Л. был прооперирован по поводу опухоли ободочной кишки и неоднократно подвергался хирургическому вмешательству по поводу метастазов в кожу. Последняя резекция датируется октябрём 1990 года. Г-н Л. поступил в отделение в ноябре 1990 г. Его перевозкой занималась социальная служба клиники, где проводятся различные оперативные вмешательства. В то утро, когда его перевозили, представители социальной службы, узнав, что ни один из представителей медицинского корпуса не предоставил пациенту никакой информации о природе его болезни и в особенности о невозможности содержать его в хирургическом отделении, осмелились — с каким чувством вины! — сказать ему, что его отвезут в отделение, в котором проводится паллиативное лечение. «Это то самое отделение, в которое препровождают людей в конце жизни, — ответил больной, — о нем говорилось в газетах и по телевизору. Ну что ж, с удовольствием отправлюсь туда».

Итак, это был весьма активный, жизнелюбивый человек, но он очень страдал из-за обнаруженных в коже в области ягодиц и бедра многочисленных метастазов. Он сразу же выразился совершенно ясно: «Я очень хочу жить, и пожелайте моей подруге юбилейной встречи, потому что скоро будет десять лет как мы живем вместе. Мы встретились, когда исполняли «Реквием» Верди, и в этот день я хочу выйти, чтобы вновь послушать вместе с ней «Реквием» Верди».

После применения болеутоляющих средств боль прошла. Мужчина рассказал нам о том, как от него скрыли диагноз. Он с нетерпением ждал воскресных дней, чтобы повидаться с друзьями и особенно с сыном, который живет за границей, с внучкой, с которой у него, конечно же, много общего, со своей подругой, которую он очень любит. В понедельник у него появился синдром спутанности сознания, и в тот же вечер он умер.

Все сотрудники отделения были поражены: к нам поступил не больной, а подарок — искрящийся юмором, рассказывающий о своих путешествиях, обо всем, что он создал за жизнь, о людях, которых он любил. В одно мгновение, после того как он провел выходные с теми, кого любил, все его желания растаяли как снег на солнце.

Г-н Б. пользовался консультациями специалистов отделения многие месяцы. После того как в связи с раком прямой кишки он перенес абдоминально-промежностную ампутацию, возник локальный рецидив с метастазами в коже, охватившими рубец в области промежности и верхнюю часть бедер. Кроме того, компрессия лимфатических сосудов вызвала отек нижних конечностей, что привело к затруднениям при ходьбе. Тем не менее он приезжал на консультацию без сопровождающих, автобусом, прихватив с собой еду; через несколько часов уезжал из отделения, отказавшись от пищи, которую мы ему предлагали, и от услуг машины скорой помощи, которая ему полагается в соответствии с законом.

Вот так мы познакомились с этим скромным человеком, который, проработав на заводе с тринадцати лет, никогда не жаловался, никогда не говорил о физической боли и еще меньше — о своих страданиях вообще. Он был госпитализирован несколько месяцев спустя, поскольку его состояние в связи с метастазами в кожу становилось все более угрожающим. Содержание его в домашних условиях, вопреки налаженной госпитализации дома, становилось очень сложным. Действительно, какое-то непродолжительное время он жил у дочери в двухкомнатной квартире; его дочь беременна, он буквально живет на диване, ни за что не желая рассказать о своей болезни детям, с трудом контролируя мочеиспускание и никому не позволяя ухаживать за собой.

Он поступает в отделение с нагноением в области кожных метастазов, в состоянии весьма относительной чистоты других участков поверхности тела. Локальное лечение позволило провести дезинфекцию пораженных участков, хотя они продолжали расширяться. Первое время больной принимал уход и лечение ради уменьшения боли. Но мало-помалу своим мужицким, но не лишенным эмоциональности языком, он высказывает весь ужас от вида тела, на которое он больше не мог смотреть — на лобок и на половой орган, пораженный кожными метастазами: на свое разрушенное тело. Еще он говорил, что он больше не человек, что он не хочет, чтобы на него смотрели, и что у него одно желание — умереть. Но в то же время он по-прежнему хотел ходить, по-прежнему хотел быть вместе со всеми, все так же говорил о возможной выписке, о своем доме, который ждет его на севере, о соседях — таких милых людях, о последнем отпуске, который он там провел, когда еще мог сам о себе позаботиться. Он с нетерпением ждал дочь, которая

приходила по вечерам и приносила ему газету. Им было очень трудно разговаривать, избегая воспоминаний о прошлом, особенно трудно было не говорить о смерти супруги и матери, умершей несколько лет тому назад также от рака. Многое могло бы быть сказано, потому что до того этот человек никогда не говорил ни о своем теле, ни о его физическом разрушении.

Жизнь больного продолжалась: его общее состояние существенно не ухудшилось, но локальные изменения с трудом поддаются контролю. Больной неизлечим. Ничего иного, кроме дальнейшего физического разрушения, быть не может, и я не знаю, куда мы движемся. Если я привел этот пример, то лишь для того, чтобы показать, как важно знать больных задолго до того, как они будут госпитализированы перед последним путешествием. Отношения, которые установились между этим больным и нашей бригадой, позволили ему обратиться с просьбой о госпитализации в тот день, который он счел подходящим. Пребывание в знакомом месте, где уже завязались дружеские отношения, позволило ему сказать: «Я уже не человек, рак меня сожрал».

Это также иллюстрирует призвание отделения, в котором проводят паллиативное лечение: дать высказаться, быть местом, где позволено сказать все, независимо от того, какими были сказанные слова.

Г-жа М., 43 лет, обратилась в отделение в терминальной стадии рака вульвы в связи с неуправляемой болью. Больная в течение двух лет наблюдалась в клинике, где перенесла хирургическую операцию по поводу первичной опухоли. Три месяца спустя она по-прежнему страдает от рака шейки матки и распространения его на ткани промежности. Помимо этого у нее и сложная социальная проблема: не имея жилья, она сожительствует с каким-то алкоголиком, с которым она в ссоре; семья против ее возвращения. Мы не считаем, что в последующие дни она находилась в последней стадии заболевания. Боль, которую она испытывала, как нам кажется, была связана со сдавливанием левого мочеочника. У нее был приступ пиелонефрита, вызванный инфекцией, который лечили нехирургическим методом в урологическом отделении. После того как была решена урологическая проблема, она не испытывала боли, ее состояние стабилизировалось, и мы организовали ее пребывание в доме отдыха, чтобы попытаться наладить ее будущую жизнь и увидеть, где она могла бы жить в дальнейшем.

Таким образом, это еще один пример работы отделения, где проводят паллиативное лечение. Больная с раковой опухолью в последней стадии смогла воспользоваться последними достижениями науки, методами, избавляющими от боли, которые обеспечили ей определенный комфорт, позволили выписаться и жить вне стен больницы.

МЕДИЦИНА ИЗВЕЧНАЯ, МЕДИЦИНА ЛИЧНОСТИ

В течение веков медицина была областью «принятия во внимание» без особой надежды на выздоровление: она должна была «давать временное облегчение», сосредотачиваясь в основном на устранении симптомов. Последние несколько десятилетий она стала всемогущей, приносящей выздоровление, бесконечно расширяющей надежду жить и, следовательно, все более отдаляющей перспективу смерти. Именно в таком современном контексте вновь актуализировались попытки поддержки умирающих и появился термин «паллиативная помощь».

Паллиативная помощь не означает отмену необходимого лечения. Она выражает стремление к обеспечению определенного качества жизни тогда, когда слово «выздоровление» мало-помалу утрачивает свой смысл. Термин означает смещение целей — постепенную замену продолжительности жизни ее качеством.

Таким образом, стремящийся оказать паллиативную помощь вовсе не имеет в виду неминуемый конец жизни, скорее — взятие на себя заботы о пациенте, для которого, с точки зрения современных возможностей лечения, понятие «выздоровливать» имеет все меньше смысла.

Паллиативная помощь порой представляется как искусство справляться с болью. Но она находится вовсе не в поле контроля за течением заболевания и победы, а скорее означает оказание посильной помощи. Оно предполагает считаться с болью, которую испытывает больной, и другими физическими симптомами, но особенно — помнить о страданиях того, чья жизнь близится к концу, и о страданиях его близких. Физическая боль, психические, общественные и духовные страдания всегда тесно переплетены. В опасности находится целая семейная ячейка.

Изучив дела 65 первых пациентов, приходивших на консультации или госпитализированных в отделение паллиативной помощи клиники

Поль-Бруссе (Paul-Brousse) с 12 февраля 1990 года — дня ее открытия, мы констатируем, что побуждением, заставившим их обратиться к врачу, было не просто ощущение физической боли. В 48 случаях причиной их обращения к нам была плохо управляемая боль с психологическими осложнениями, 17 больных страдали психологически. Это говорит о том, в какой степени страдание в конце жизни является не симптомом, а болезнью как таковой, оно всегда сопровождается аффективными расстройствами.

БОЛЬШЕ НИЧЕГО НЕЛЬЗЯ СДЕЛАТЬ?

П ромежуток времени, когда надежда на выздоровление исчерпывается и неотвратно уступает место смерти, не всегда охватывает дни или недели; иногда он длится месяцы, если не годы. Это означает, что весь совместный путь, пройденный тем, о ком заботятся, и тем, кто это делает, может быть длительным этапом взаимного открытия, обогащения, обоюдного доверия.

Паллиативная помощь — это готовность, способ осознания своей функции заботящегося, из которой никогда не исключается действенность, где бы ни находился больной. Такое призвание сопровождающего может реализоваться в клинике, дома, в специализированном отделении, в отделении лечебной медицины, в частных или общественных учреждениях и т.д.

Дело не в месте: везде считают, что нужно «что-то делать», даже когда, так сказать, «больше ничего сделать нельзя», даже если выздоровление исключено. В любом случае больной остается живым до самого конца, сохраняет свои желания, сопровождая их более или менее слышимым словом, словом священным, которое делает его полноценным человеком — при условии, что другие предоставляют ему свободу.

И действительно, если пациент видит себя глазами другого так, будто он уже исчез, то о чем ему остается просить, если не о наступлении смерти?

«Еще живой» субъективно разрушен другим, на него обрушивается весь негативный поток, исторгаемый обществом: вызов смерти-победительнице будет подтвержден смертью, полученной или «предоставленной» добровольно, то есть управляемой.

Смерть, обладающая статусом владычицы, оказывается под контролем. Именно в этом контексте в настоящее время очень часто выбор останавливают на эвтаназии.

В большинстве случаев просьба о том, чтобы намеренно вызвать смерть пациента, доживающего последние дни (эвтаназия), исходит от тех, кто о нем заботится, или от близких. Для них эта жизнь уже не имеет смысла, и создается впечатление, что их последний подарок — именно это внезапное прерывание ее течения (что с заинтересованным лицом не обсуждается).

Очень часто противоречивость такой ситуации проявляется в каждой фразе. Так, супруга одного пациента не хотела, чтобы мы вводили желудочный зонд ее мужу, страдавшему раком, и в то же время упрекала нас в стремлении к неоправданной отсрочке этой процедуры.

Она просила помочь ему умереть, а затем советовала нам присматривать за ним очень внимательно, говорила, что «он может упасть и сильно ушибиться». К тому же она всегда сомневалась в питательности предписанных жидкостей: «Боюсь, что он теряет силы».

Требование перейти к действию — однозначный крик о помощи, просьба учитывать страдание и одних, и других, просьба о встрече.

БЕСКОНЕЧНАЯ ЧЕРЕДА МЕРТВЫХ И ЖИВЫХ

Встретиться с другим (тем, кто заботится, семьей, больным) — означает услышать, понять его язык, принять то, что этот другой пользуется собственными словами для выражения своей индивидуальности, единственности, несхожести.

Для служб по оказанию паллиативной помощи это, строго говоря, — отнестись к больному как к субъекту права, выражающему желание жить или умереть в силу причин, которые известны только ему.

Но сможем ли мы, те, кто оказывает паллиативную помощь, выразить эту просьбу о смерти, не исказив ее? Сможем ли мы слушать, не думая о том, что это «уже видели», «уже слышали»? Обладаем ли мы «противоэвтаназийным» лекарством? Усмирим ли мы этот отказ от жизни? Найдем ли мы свой способ справиться со смертью?

Мы заставим измениться это желание спешно покинуть землю, потому что мы способны управлять нашими собеседниками, потому что мы прибегаем в наших переговорах к средствам коммуникации...

Настоящий момент встречи — это противостояние, когда мы либо позволяем собеседнику расспрашивать нас, либо поступаемся некоторыми принципами, соглашаясь пересмотреть их, либо Я и ТЫ открываются, не смешиваясь, не растворяясь друг в друге.

Такое противостояние я-заботящегося и другого (больного на пути к смерти, отчаявшейся семьи, сотрудника) кое-что говорит и обо мне самом, о моей человечности, об истинности желания быть рядом, о моих размышлениях о смысле своей жизни, Жизни, о моих поисках Смысла.

Медик, решивший ухаживать за умирающими, вскоре почувствует, что помимо соответствия современному уровню медицинской культуры (знания в области фармакологии, владение методами обезболивания и т.д.) ему необходимо выкраивать время для раздумий. .

Уже существует весьма обширная библиография по биоэтическим проблемам, связанным с оказанием паллиативной помощи. Ее наличие дает нам возможность идти своим путем, удерживает от растворения в безудержном экспериментировании над телом другого. Но она не может разъяснить, почему так желанно присутствие лечащего специалиста, который мог бы уменьшить боль — представителя так называемой новой медицины.

Мы решили позволить расспрашивать нас доживающему последние дни собеседнику, по-прежнему остающемуся человеком, которому я могу и хочу отдавать, от которого я могу и хочу получать, ни в коем случае не превращаясь в его убийцу.

Посвятить себя уходу за обреченными на смерть и выполнять эту задачу в рамках специализированной бригады означает ежедневно укреплять отношения между «уже мертвыми», которые научили нас, будущими больными, которые доверятся нам, и собственно нами — потенциальными жертвами болезней.

Мы принадлежим к виртуальной, но совершенно реальной цепи, образуемой человечеством, в которой ни одно звено не отделено от прочих, где каждый поступок одного является следствием действий другого.

Michel de M'Uzan подчеркивает, насколько для каждого умирающего возможно и важно «соединиться с миром перед тем как исчезнуть». Это возрождение (re-naissance) может длиться до последнего вздоха, и когда оно произойдет, предвидеть невозможно. Отрицание

этого вероятного и последнего обновления означает удушение любого рождения Жизни. Случается, что она так нам и не явится.

Подобного рода смещение в иную плоскость — дар, который может получить тот, кто вскоре умрет. Он не является преимуществом определенных социо-профессиональных категорий, его может получить всякий и от каждого.

Часто медик, находящийся рядом, становится привилегированным зрителем этих мгновений. Будучи убежден, что он — хранитель святыни Жизни, врач откажется от того, чтобы сознательно вызвать смерть. Быть рядом с Жизнью и желать ее убить означало бы для него отказаться от своего удела, отказаться от того, что было пережито, отказаться от тех, кто был до него, отказаться от цепи солидарности, в которую он включен.

ЛИТЕРАТУРА

Bulletin de la fédération JALMALV: Réflexions autour de l'euthanasie, № 13, juin 1988.

E. HIRSCH, *Médecine et éthique, le devoir d'humanité*, éd. du Cerf, Paris, 1990.

J.-E. MALHERBE, *Pour une éthique de la médecine*, Larousse, Paris, 1987.

M. de M'UZAN, *De l'art à la mort (le travail du trépas)*, Gallimard, Paris, 1977.

P. VESPIEREN, *Le Soin des malades en fin de vie. Aspects éthiques*. Cours Centre Sèvres, janvier-février 1987.

МИШЕЛЬ САЛАМАНЬ

Главный врач Отделения паллиативной помощи клиники Поль-Бруссе (Paul Brousse), г. Вильжюиф. Член исполнительного бюро Европейской ассоциации паллиативной помощи. Переводчик книги Cecily Saunders «Living with dying», изд-во MEDSI

2

НУЖНЫ ЛИ КОМИТЕТЫ

Продвинулись ли врачи в своих этических дебатах после того как был создан Национальный консультативный комитет по этике? Те, кто в него входит, несомненно — да. А другие? Какие институциональные или неофициальные механизмы могут им помочь в подобных дискуссиях? Чтобы быть демократичным, обсуждение должно выйти за рамки сегодняшнего дня: оно требует некоторой отстраненности и воспоминаний.

СЕМЬ ЛЕТ РАЗМЫШЛЕНИЙ

НАЧИНАЯ С 1983 ГОДА, КОГДА БЫЛ СОЗДАН НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНСУЛЬТАТИВНЫЙ КОМИТЕТ ПО ЭТИКЕ, ОН ИЗВЕСТЕН КАК ЦЕНТР, СОДЕЙСТВУЮЩИЙ ПЛОДОТВОРНЫМ ДИСКУССИЯМ СОСТОЯЩИХ В НККЭ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ. НО СТОИТ ЛИ ОСТАВЛЯТЬ ТАКУЮ ПРИВИЛЕГИЮ ЛИШЬ ДЛЯ ЕГО НЕМНОГОЧИСЛЕННЫХ ЧЛЕНОВ? НЕ СЛЕДУЕТ ЛИ ПОДДЕРЖИВАТЬ ВСЕ БОЛЕЕ ШИРОКОЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ ТАКИХ ЦЕНТРОВ, ГДЕ СТАЛКИВАЛИСЬ БЫ ОПЫТ И ВОПРОСЫ?

Пациентка заплакала едва войдя в кабинет. Она беременна и пришла за направлением на ДПБ (добровольное прерывание беременности). У нее уже есть три дочери. «Я против аборта, — сразу же сказала она, — но муж не хочет четвертого ребенка. Я не могу пойти против его воли. Кроме того, он прав: у нас действительно нет средств, чтобы поставить на ноги четвертого. Но я не перенесу, если эта беременность прервется. Для меня это уже ребенок». Несколько секунд царила полная тишина.

Затем женщина вытерла слезы и заговорила снова: «Муж согласится с беременностью при единственном условии: если точно будет сын. Он очень любит дочерей, но так хотел бы иметь сына! Я слышала, что сейчас можно определить пол ребенка очень рано. Это правда? Это можно сделать? Для меня это единственная возможность сохранить беременность, иначе мне придется идти на аборт», — добавила она и снова заплакала.

Я молчала; я знаю, что можно определить пол ребенка очень рано, начиная с шестой недели беременности, благодаря методу биопсии трофобласта. Но мне также известно, что в настоящее время врачи пришли к консенсусу относительно того, чтобы применять этот метод только при угрозе возникновения наследственных болезней: гемофилии, тяжелых неврологических заболеваний...

СТАВКА НА ОБЩЕСТВО

Поставленная проблема не является медицинской. Чета адресует вопросы обществу: существует ли право выбирать пол своих детей, если это чревато абортom? Может ли врач, будучи непосредственным

ным исполнителем, в одиночку разубить этот узел немедицинской проблемы? Не должно ли общество высказывать свое мнение о практике, которая может стать предметом длительного обсуждения? Как поступать в каждой конкретной ситуации, в каждом отдельном случае? Неукоснительно соблюдаемый консенсус может парадоксальным образом привести к разрушению жизни.

С развитием техники медицинская практика все чаще сталкивается с проблемами, на которых пересекаются интересы медицины и общества. Врач прекрасно осознает, что уже не может, как бывало раньше, принимать решение по собственному усмотрению, в стенах своего кабинета. Для общества возникающие проблемы слишком важны. Но где обсуждать эти проблемы?

С официальных трибун медицинских конгрессов о них едва ли услышишь. Иногда о них говорят, встретившись с собратом по профессии: «Извини, что беспокою тебя по такому вопросу, он почти не имеет отношения к медицине, но одна из моих пациенток, одиночка, хочет ребенка от согласного на оплодотворение донора. Что ты об этом думаешь?» О них часто говорят в группах ВаНш, которые я посещаю многие годы, и где терапевты и специалисты вместе обсуждают взаимоотношения доктора и больного. Но в этих нетипичных местах обсуждение более сосредоточено на «враче, больном и болезни», чем на отношениях медицины и общества. Нередко врач по-прежнему чувствует себя крайне изолированным. Зачастую на ум приходят фразы, слышанные от профессоров во время учебы, и именно ими-то он и руководствуется: «Дайте же ему спокойно умереть, если он этого хочет!»... «Зачем принуждать человека, чтобы он знал?»... «Мы не имеем права заставлять эту пациентку так рисковать»...

Но прежних ориентиров, которые по-прежнему остаются в силе, сегодня оказывается недостаточно. Необходимой представляется дискуссия, к которой были бы привлечены представители всего общества. Вот почему я с огромным интересом согласилась участвовать в работе Национального консультативного комитета по этике, членом которого и являюсь со дня его создания.

Очень скоро интерес к рассматриваемым вопросам еще более окреп; особенно поразили меня как врача следующие факты.

Прежде всего, предметом обсуждения были именно те новые методы, которые интересуют общество; рассматривались именно те про-

блемы, перед которыми врач чувствовал себя таким безоружным, не имеющим соответствующего места для дискуссий; терминология была доступной для всех. По правде сказать, у меня были некоторые опасения, касающихся крайне мудреных, специализированных исследований, с трудом постигаемых практикующим врачом. Но высокие материи померкли перед лицом обсуждаемых тем. На первом же заседании Комитет столкнулся с проблемой искусственного оплодотворения, поскольку потребовалось сформулировать мнение о «женщинах, вынашивающих искусственно оплодотворенную клетку». Как не поучаствовать в такой дискуссии? Разве бесплодие не является одной из проблем, с которой едва ли не ежедневно сталкиваются практикующие врачи?

Меня страшили также сугубо теоретические, интеллектуальные дискуссии, никак не связанные с действительностью, в частности с ежедневной медицинской реальностью. Впрочем, я очень быстро успокоилась. Разумеется, в Комитете во время дискуссий порой ссылались на серьезные философские, религиозные, нравственные течения. Сталкивались идеи, и обмен ими производил большое впечатление. Но в завершение нужно было сформулировать мнение о конкретной проблеме, касающейся данного момента жизни нашего общества, выразив это в понятных для всех терминах. Итак, можно сказать, что всячески поддерживая важные дискуссии, Комитет твердо придерживается конкретики.

ГЛОБАЛЬНЫЙ ВЗГЛЯД

Второй столь же значительный факт, который следует отметить: дискуссии, благодаря своей многогранности, были захватывающими. То, что богословов, философов по-прежнему интересует природа человека, его идентичность, все, что составляет его индивидуальность, способствовало возвращению к истокам. Не наблюдается ли у нас, практиков, оперирующих техническими достижениями в медицине (к слову сказать, весьма эффективными), стремление, рассматривать пациента как определенный орган — почку, печень — который нужно лечить или даже заменять? Порой просто спасительно слышать напоминание о целостности человека.

Социологи, журналисты также говорят на языке, который не оставляет нас равнодушными. Благодаря им мы вспоминаем о том, что

уже одно умение выслушать пациента, пусть даже не всегда достаточно внимательно, позволяет врачам, работающим в государственных клиниках и занимающимся частной практикой, приблизиться к нему. Лишь глубокий анализ позволяет нам вновь связывать наших больных с обществом, с его развитием. Многие явления, о которых у нас до сего времени было лишь смутное представление, предстают во всей полноте. Исследователи, научные сотрудники вносят в дискуссии строгость и логику. Это подобно голосу, напоминающему врачу о том, что медицина тоже является наукой.

Уже на первых заседаниях Комитета, лишь только слово взяли юристы, во всем — как в лексике, так и в восприятии проблемы — возникла существенная новизна. С появлением представителей права появляется общество. Пациент — один из его членов, он должен подчиняться его законам, решениям, его кодексам, его судебной практике. Он становится субъектом права. Такой подход к пациенту не присущ врачу, который в своей ежедневной практике сконцентрирован на индивидууме, на своеобразном диалоге больного и врача. Единственное известное ему соглашение — договор с пациентом о доверии, единственный понятный кодекс — кодекс деонтологии, который вменяет ему в обязанность защищать больного посредством профессиональной тайны. Этот язык вызывает у меня гораздо больше вопросов, потому что пациент рассматривается юристами не только как элемент общества, но и как звено человеческой цепи: «родство, наследство, завещание, имеющий право». Для врача жизнь пациента прекращается с его смертью. С каким же удивлением мы обнаруживаем, что для юристов это вовсе не так!

В ходе заседаний врач открывает и другие аспекты права. Забота о защите индивида еще до рождения: как гарантировать множество прав зародыша, зачатого путем оплодотворения т УИГО! Забота о справедливости по отношению к каждому индивиду: как совместить право на ребенка с правами ребенка при искусственном оплодотворении? Забота о соблюдении прав беззащитных? Последнее высказывание не чуждо врачу. Так, мало-помалу, достигается верное понимание юридического языка. Вскоре наряду с этим возникает определенное восхищение страстью и боевитостью, с какими юристы защищают право, убежденные в том, что защищают основную ценность нашего общества и демократии, и заставляют непременно разделять их убеждение.

Но каким же может быть вклад практикующего врача в эту междисциплинарную дискуссию? Есть ли нечто особенное, что он мог бы сказать? Как мне кажется, он привносит свой опыт непосредственно с места событий, опыт общения с «пользователем», свидетельствующий о сложностях этики в повседневной жизни. В ходе подготовительных дискуссий по выработке решения врач, ссылаясь на свою практику, спрашивает себя и Комитет о возможностях применения данного решения, о последствиях, вытекающих из него конкретно, о сложностях, которые могут появиться. Из своего профессионального опыта он знает, как из этических соображений сложно отказать пациенту, переживающему личную драму, в доступе к технике. Ему известно, что реакции больного человека совсем иные, чем реакции человека здорового, что каждый больной реагирует особым, непредсказуемым, образом.

Во время дискуссии об опухолевых заболеваниях мне пришел на ум случай, связанный с г-жой Д. Сообщения о больных, представляющие научный интерес, обязательно должны быть именными. Из этого вытекает необходимость получить согласие пациентов на запись беседы с ними при условии обязательного информирования их о диагнозе.

После выписки из антиракового института, где она была прооперирована по поводу рака молочной железы *in situ*, ко мне на прием, доверчиво улыбаясь, приходит г-жа Д. Памятуя об этике, я говорю ей правду: она была прооперирована по поводу рака, но очень ограниченного, у нее максимальные шансы на выздоровление. Г-жа Д. ничего не отвечает, но после проведения осмотра, уже на пороге, говорит мне: «Доктор, я вас ни о чем не просила, я ничего не хотела знать; моя мать умерла от рака молочной железы в жестоких мучениях. Теперь я буду жить в страхе». Г-жи Д. я больше никогда не видела.

Подобные случаи обязывают врача брать слово для выступления в Комитете и защищать право каждого отдельного пациента. Нередко врач, ссылаясь на своих пациентов, вынужден напоминать о правах личности. Другие же выступающие, в зависимости от профессии, охотнее напоминают о правах общества.

Из сообщений представителей других стран вырисовывается еще один подход к этическим проблемам. Международное противостояние по этим вопросам неизбежно, касается это обмена мнениями, проходящего за границей, или прибытия членов иностранных комитетов по

этике и выступления их в дискуссии. Затрагиваемые проблемы имеют масштаб не только национальный, но европейский и даже всемирный.

Поэтому не должен ли вердикт выноситься лишь после тщательного рассмотрения многочисленных точек зрения и выслушивания разных мнений? Они, в силу непостижимой алхимии, в конце концов совпадут, поскольку все высказывания достаточно единодушны. Как истолковать этот консенсус в финале? «That is another question», вернуться к нему, вероятно, предстоит в другой дискуссии.

ВНЕСЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В МЕДИЦИНСКУЮ ПРАКТИКУ

Наконец, чрезвычайно важным представляется третий факт: участие врача в комитете по этике вообще и в Национальном комитете в частности приведет его к переоценке своей медицинской практики с двух точек зрения.

Уже на первых заседаниях комитета врач испытывает, и это следует признать, некоторое чувство обделенности. Как правило, перед дискуссией делают обзор медицинских технических средств. Эти данные, порой сложные, сухие, достойны внимания участников, интереса, уважения, а также быстрого понимания и усвоения. В конце изложения эти инновации, которыми так гордится медицина, становятся просто техникой, утратившей всяческую тайну, перешедшей в сферу общественного, принадлежащей не только врачам, которые могут иногда испытывать чувство неудовлетворения.

Может быть, пришло время, чтобы практикующий врач объявил траур по некоей тайне, окружающей его практику? Возможно, эти таинственность, секретность, которые, казалось, окружают медицину с давних пор, были необходимы, потому что она восходила скорее к магии, чем к науке. Но не стоит ли в наши дни, когда врач хочет быть ученым, а в определенной мере таковым и является, отказаться от подобной секретности, тем самым позволяя обществу выражать свое мнение о касающихся его проблемах в чрезвычайно важных и плодотворных междисциплинарных дискуссиях?

Кроме того, благодаря дискуссиям в Комитете практикующий врач остро осознает свою ответственность перед обществом.

Медицина в наши дни не довольствуется тем, чтобы лечить, вылечивать, заставляя смерть отступить. Она хочет также способствовать осуществлению желаний пациентов. «Ребенок — когда я хочу» — благодаря современной контрацепции, многочисленным методам лечения бесплодия. «Как я хочу...» — благодаря манипуляциям с хромосомами. Быстро, не так ли? Эта развивающаяся медицина индивидуального желания, улучшения личного благосостояния может войти в конфликт с коллективными интересами. И помимо прочего, распространенная социальная защищенность делает ее доступной многим. Таким образом, благодаря техническому прогрессу может быть пересмотрено общество во всей его совокупности.

Так, врач знает, что отныне к нему будут обращены порой противоположные пожелания и даже требования общества и пациента. Большинству действующих врачей такую роль социально ответственного сложно понять, но еще сложнее принять. Они, пришедшие в медицину после открытия антибиотиков, до появления СПИДа, не сталкивались с медицинскими проблемами типа сифилиса, туберкулеза, которые требуют значительных коллективных усилий. Первостепенной до сего времени была двусторонняя связь «врач — больной».

Роль социально ответственного — тоже тяжелая задача. Как подойти к ней? Мне кажется, что участие в Комитете — ценное средство для осознания этой роли при минимуме некомпетентности. Проблема освещалась с различных сторон, но особенно строгой критике подверглись личные убеждения, которые всегда кажутся разумными. И так, подобная структура приводит к дискуссиям, но не несет в себе ничего принудительного. Она лишь позволяет выработать для себя структурированное мнение. Следовательно, врач может слушать пациента и отвечать ему без предубеждения. Иногда, если просьба неэтична, он даже может взывать к его сознанию. Поскольку он станет ссылаться не только на свой личный, порой нецелостный, опыт, то ответ его будет более взвешенным, более аргументированным.

Консультативный, непринудительный характер мнений членов Комитета открывает возможности для углубления этических воззрений врача. Это позволит ему лучше понимать проблемы, которые пациенты и общество ставят порой таким образом, что это приводит к конфликту.

Что касается врача, то он подходит к этому совершенно иначе, поскольку его медицинская практика регулируется законами (например, законом об аборте), и ему остается подчиняться им.

НЕКОТОРЫЕ СООБРАЖЕНИЯ

И так, для практикующего врача участие в НККЭ — занятие увлекательное. Вместе с тем мне бы хотелось высказать некоторые соображения относительно Комитета — как врачу, практикующему одновременно и частным образом, и в государственной клинике.

Почти половина членов Комитета — государственные служащие, просто по традиции¹.

Если заботиться об открытости и более полном отражении мнения всего общества, желательно было бы устранить такой перевес — возможно, обратившись в министерства с просьбой выдвигать преимущественно тех людей, которые не задействованы на общественной службе, и даже изменить процедуру выборов членов Комитета.

Комитет всегда готов прислушаться к рассуждениям врача, который выдвигает на первый план права индивидуума перед обществом и в своих выводах всегда учитывает их.

Но часто в этих суждениях проявляется склонность считать, что гарантировать эти права могут только общественные организации.

Желательными мне кажутся также углубленные дебаты о возможности соблюдать этические правила всеми организациями, как частными, так и общественными. Это должно относиться и ко всем средствам, которые могли бы способствовать этим двум типам организаций в их этических исследованиях.

Мне кажется, что следует сказать и о третьем соображении. Возможно, некоторые сочтут, что оно привлекает излишнее внимание к материальным проблемам, но они представляются важными.

Загрузка члена Комитета весьма существенна: участие в пленарных заседаниях и нередко в предваряющей их работе подкомиссий; участие в исследовательских группах; множество докладов, с которыми нужно ознакомиться либо написать самим; выступления на конференциях, разъясняющие и комментирующие решения Комитета. Все это отнимает много времени.

Конечно, выполнению этой задачи может и должна быть посвящена часть свободного времени — раз уж они взялись за нее. Но определенное количество собраний происходит в рабочее время, и для всех членов Комитета, осуществляющих профессиональную деятельность, это означает немалую дополнительную работу, а для врача, практикующего частным образом, еще и финансовые потери. Это может несколько охладить тех, у кого очень тяжелая работа или существенные нагрузки в Комитете. Желательно также, как мне кажется, чтобы члены Комитета получали вознаграждение, пусть даже незначительное. Одним оно дало бы возможность оплатить труд лиц, которые, к примеру, могли бы их заменять, а для других было бы скромной компенсацией того, что они могли бы заработать.

Полагаю, что подобное положение упростило бы назначение в НККЭ и в то же время было бы гарантией активного участия всех его членов, осуществляющих профессиональную деятельность.

Это не более чем личные предложения, но, тем не менее, они направлены на укрепление авторитета и на открытость Комитета.

В завершение скажу, что столь интересный опыт НККЭ заслуживает того, чтобы его переняли многочисленные собратья.

Учитывая, что количество мест в НККЭ ограничено, мне кажется важным, чтобы создавались многочисленные центры, где можно было бы обсуждать этические проблемы, собирая вместе практикующих врачей и представителей общественности. Опыт Комитета по этике мог бы найти широкое распространение.

Кстати, такие комиссии уже начинают появляться. Это можно только приветствовать, помогая их развитию и участвуя в дискуссиях. Желание и необходимость продолжать этические рассуждения на междисциплинарном коллоквиуме являются органичными для врача, который знает, как обогащает подобный диалог и его, и его пациентов, и общество.

Но эти комиссии, в целом следуя рекомендациям НККЭ, должны следить за тем, чтобы возможность высказать свое мнение была предоставлена всем без исключения. Они должны помнить, что их миссия заключается в том, чтобы предлагать темы, и что решения вырабатываются для того, чтобы их подхватывали, обсуждали, критиковали. Они должны быть удовлетворены этим, и это как раз и докажет, что их цель — способствовать этическим размышлениям всех граждан — достигнута.

1. Из тридцати шести членов НККЭ четырнадцать назначены крупными общественными или близкими к ним исследовательскими институциями и избраны из числа работающих в них; двое — чиновники высокого ранга (один — член Кассационного Суда, второй — член Государственного Совета), двое — парламентарии, двенадцать назначены девятью различными министерствами, а шестеро — Президентом Республики.

ЭЛИЗАБЕТ ОБЕНИ

**Гинеколог, член Национального консультативного комитета
по этике в области наук о жизни и здоровье**

ОДИНОЧЕСТВО ПРАКТИКУЮЩЕГО ВРАЧА

ВРАЧ, ВЫЙДЯ ПОСЛЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ ИЗ СТЕН КЛИНИКИ, ОКАЗЫВАЕТСЯ В ПОЛНОЙ РАСТЕРЯННОСТИ. НИКТО НЕ НАУЧИЛ ЕГО, КАК РЕШАТЬ ЭТИЧЕСКИЕ, ПРАВОВЫЕ И ДАЖЕ СОЦИАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ, КОТОРЫЕ И ЕСТЬ УДЕЛ ПРАКТИКУЮЩЕГО ВРАЧА. НЕКОТОРЫЕ ИЗ НИХ ПРЕДПРИНЯЛИ ПОПЫТКУ ОБСУДИТЬ ЭТО С КОЛЛЕГАМИ. ГРУППОВОЙ ПОРТРЕТ.

Медицинская этика стала, частично благодаря неоспоримому успеху Национального консультативного комитета по этике (НККЭ) и его членов, синонимом биоэтики с привилегированными областями исследований: лечебные исследования (испытание новых медикаментов), роль и место FIVETE (оплодотворение *in vitro*) и т.д. В то же время проблемы, затрагивающие этические аспекты, в ежедневной медицинской практике всего лишь слегка очерчены или вовсе не упомянуты. Однако практикующие в амбулатории врачи — терапевты или специалисты свободной практики — нередко сталкиваются с ситуациями, требующими от них этического выбора, который зачастую сложно сделать, если ты — единственный врач в консультационном кабинете. Термин «этическое» вызывает в нашем представлении совокупность нравственных принципов, определяющих наше профессиональное поведение, — то, что следует отличать от деонтологии, которая не проистекает из личной нравственности, а, скорее, определяет совокупность правил и задач, которыми руководствуются в той или иной профессии, а также отношения тех, кто их осуществляет, между собой, с пациентами, с общественностью в целом.

Так, будем считать, что наше отношение, например, к серопозитивному ребенку и его медицинской карточке (в которой его серопозитивность отмечена или не отмечена) относится к области этики; врачебная тайна, отношения, лежащие в основе братства, — к области деонтологии.

Стало быть, в большинстве случаев врач единолично принимает очень важные решения, которым предстоит сыграть основную роль в жизни пациентов.

Такое положение вещей кажется тем более парадоксальным, что при развитии «медицинской власти», методов обследования, способов лечения медицина все более непосредственно сталкивается с проблемами жизни, смерти и представлением об организме человека в различных контекстах. Сегодня более охотно говорят о здравоохранении, о поддержании определенного благополучия, болезни же отводится меньшая часть нашей ежедневной деятельности. Медицина проникает во все сферы жизни индивидуума: в семейные отношения, в отношения сексуальные, в воспитание детей, в будущее пожилых людей и т.д. С ней считаются, оказавшись перед серьезным социально-экономическим выбором: доля расходов на здравоохранение в национальном бюджете существенна и непосредственно связана с «конвенционными» переговорами между врачами и органами социального обеспечения, с экономикой, влиянием которой пренебречь невозможно.

В настоящее время не существует ни одного соглашения, ни одного центра для «обсуждений», что позволило бы профессионалам здравоохранения в содержательных дискуссиях с другими представителями профессии и более широко — с обществом — лучше постичь реальные последствия ситуации, сложившейся в медицине.

ВЗГЛЯД СО СТОРОНЫ

Вместе с тем нередки случаи, когда приходится обращаться к медицинской этике: константа выбора, которым оперируют, парадоксальным образом облекается в форму критического решения, принятого врачом единолично. Решение, независимо от того, где это происходит — в амбулатории или в клинике, приходится принимать без предварительного обсуждения, дискуссии или даже взгляда со стороны, который мог бы помочь двум партнерам-участникам диалога — врачу и больному — принять оптимальное решение, управлять его выполнением и предвидеть результаты, которое оно повлечет за собой.

Практикующий врач, зачастую работающий в условиях изоляции, ежедневно испытывает потребность не только в чисто медицинском, научном или техническом решении, но и в коллективном обсуждении при его принятии.

С целью удовлетворения этих различных потребностей в январе 1990 года Общество лечебной подготовки терапевтов (8ГТС), которое

в течение многих лет стремится способствовать непрерывному образованию врачей, приняло решение организовать первый аналитический семинар по вопросам «этического выбора в повседневной медицинской практике».

Эта тема, недостаточно разработанная на сегодняшний день, но представляющая интерес для размышлений о современной медицине, позволила поднять фундаментальные вопросы повседневной этики и уточнить то, что было наработано в результате медицинских решений, в силу компетенции врачей, ученых (исследователей и т.д.), юристов, социологов, философов.

Вопрос касается также и этической позиции, которую следует занимать в данном контексте обществу или политикам. Первый семинар проходил как междисциплинарный, по тем же правилам, на которые БРТО опиралось и при организации семинаров на другие темы, не относящиеся к проблемам этики. Интерес к семинару и его результаты были достаточно высокими. В ходе междисциплинарной дискуссии выделилась Аналитическая группа по медицинской этике (ВИЕМО), которая собирается с определенной регулярностью и стремится только к тому, чтобы путем расширенного анализа недостаточно или довольно поверхностно рассматриваемых тем помочь практикующему врачу в его поисках решения, «структурированного» с ориентацией на щекотливые проблемы, поднимаемые пациентами, когда для их разрешения принципов личной нравственности явно недостаточно.

БРТО — национальная ассоциация по непрерывному медицинскому образованию, руководствующаяся положениями закона 1901 года, которая играет роль центра, координирующего исследования по медицинской тематике, проводящиеся в высших учебных заведениях.

ВЗГЛЯД СО СТОРОНЫ

Аналитическая группа по медицинской этике объединяет врачей-терапевтов или специалистов, стремящихся углубить и расширить свои знания в данной области. Ассоциацией выработан устав, который объединяет ее членов и сторонников, они находят в нем элементы, благодаря которым становится возможным действовать сообща. Механизм действенного непрерывного образования и преподавание за прошедшие годы претерпели изменения. Заседания проводятся

маленькими группами, в виде круглых столов, по правилам игры с изначально оригинальной структурой; форма проведения зависит от численности групп и учитывает местные нужды. Работа каждой группы БРТС организована в соответствии с ее особенностями. В процессе эволюции возникли другие формы деятельности, и сегодня они концентрируются по многим направлениям, в частности, на местах они имеют педагогическую направленность, собирают от пятнадцати до тридцати практикующих врачей при обсуждении каждой темы. Тема, форма проведения и финансирование занятий определяется самими участниками; БРТС кроме того, финансируется и из фондов БАР (Фонд поддержки образования).

Таким образом сформировался наш подход к этическим проблемам повседневной жизни. На него оказала влияние потребность, которую некоторые из нас ощущали в связи с отсутствием практических ответов на вопросы, касающиеся этики в отношениях врача и больного. Немаловажную роль сыграло и чувство изолированности, испытываемое многими из нас перед лицом проблем, с которыми мы сталкиваемся ежедневно, и тяжкий груз ответственности, нередко лежащей на нас. На первом рубеже, наедине со своей совестью, находится именно врач-терапевт или специалист, работающий в амбулатории, и именно он должен отвечать на многочисленные вопросы.

Эту изолированность мы ощущаем и обнаруживаем даже у членов действующих комитетов по этике, где практики чаще всего по настоящему не представлены, хотя в эти учреждения проявляют интерес к научным исследованиям, клиническим испытаниям и другим клиническим проблемам...

Кроме того, ощущаемое нами одиночество в рамках нашей профессии — враг, которого нужно победить в первую очередь; мы опросили людей, которые согласились руководить первым аналитическим семинаром в январе 1990 года: идти с нами по этому пути дали согласие различные специалисты (профессора права, истории, специалисты-практики, журналисты).

Нужно отметить, что в силу молодости нашей инициативы (она возникла примерно год назад) то, о чем здесь шла речь, не является окончательной конструкцией; это, скорее — рассказ о продолжающемся эксперименте, в ходе которого наша деятельность будет постоянно совершенствоваться.

ВЗЯТИЕ ОРГАНОВ ДЛЯ ПЕРЕСАДКИ И ИНФОРМАЦИЯ

Темы, рассматриваемые комитетами по этике, разумеется, не всегда касаются наших повседневных проблем, но когда речь идет об опытах с новыми лекарствами, когда пересаживают органы от человека, погибшего в автомобильной катастрофе или в результате травмы, мы испытываем интерес не только как граждане, но и как семейные врачи. Пример: органы, взятые у такого лица без согласия близких, которые, в конечном итоге, все равно об этом узнают... слишком поздно, по крайней мере для того, чтобы процедура похорон могла протекать нормально.

Со всей остротой проблема встает тогда, когда этика вторгается в повседневную практику. Наше одиночество в случае принятия решения при исключительных обстоятельствах пациента может быть проиллюстрировано многочисленными примерами. Скажем, закон Seguin предписывает заботу о пожилых людях с полным, 100%-ным, содержанием их за счет социального обеспечения. Пожилой человек-инвалид, заточенный на седьмом этаже без лифта, оказавшийся без помощи, без посещений, за исключением визитов специалиста по лечебной гимнастике и массажу, уже не может быть взят на 100%-ное содержание — как страдающий одной из болезней, внесенных в соответствующий перечень. Он, таким образом, оказывается изолированным, так как не имеет возможности оплатить слишком дорогостоящее, хоть и необходимое, лечение. «Этично» ли соблюдать подобное, нередко противоречащее закону предписание? Справедливо ли это?

В SFTG, как и в любой структуре подготовки, предполагающей минимум педагогического участия, существует традиция, согласно которой каждый участник освещает проблемы своей повседневной практики, и вся группа обсуждает их. Речь идет не о группе Balint, не о классическом постуниверситетском образовании, а о другой форме. Аналитическая группа включает (помимо постоянных участников) докладчиков, способных по-иному взглянуть на рассматриваемые темы.

Так были созданы рабочие группы по проблемам СПИДа, по вопросам заботы о пожилых людях, по взаимоотношениям родителей и детей, по профилактике. Каждая тема может стать предметом длительных и глубоких обсуждений, если будут рассматриваться все детали

обнаруженных в амбулатории (семейным врачом или специалистом) проблем.

Будем говорить конкретно. Группа собирается раз в месяц. Участникам направляется подробная программа. На заседаниях присутствует от пятнадцати до двадцати пяти человек. К приглашению прилагаются «технические» заметки, документация. Цели, совпадающие с теми, о которых мы уже говорили, требуют большого профессионального разнообразия в составе группы. Так, среди практикующих врачей это психиатры, терапевты, гинекологи, дерматологи и т.д., мы же, со своей стороны, включаем в группу юристов, историков, научных сотрудников-исследователей, журналистов, социологов и т.д.

НЕОБХОДИМЫЕ ЭКСПЕРТЫ

К этому перечню можно добавить экспертов, которых мы приглашаем после тщательного подбора, для того чтобы усилить «техническую» сторону, и присутствие которых считаем необходимым.

Говоря о правилах, которые мы установили на первых же заседаниях, можно сформулировать следующие базовые принципы:

- *Исходить из конкретных вопросов*, вытекающих из повседневной медицинской практики: таких как запись о серопозитивности ребенка в его медицинскую карточку; взятие на попечительство г-на X.; проблемы, возникающие при наличии эмоциональных и сексуальных отношений между умственно отсталым серопозитивным молодым человеком (работающим в Центре трудовой адаптации для умственно отсталых) и молодой женщиной, игнорирующей возможность заражения от своего партнера. Последний случай — результат конкретной и неординарной просьбы врача, работающего в Центре трудовой адаптации, — показывает сложность и роль чувства одиночества, испытываемого врачом перед лицом проблем, которые он должен решать.

- *Слышать того, кто поднимает вопрос*, помогать ему уточнить мысль и очертить поднимаемый им вопрос в деталях (нашего опыта пока недостаточно, чтобы удовлетворять такое требование). Представить тему на обсуждение, естественно, должны специалисты, которые тщательно ее рассматривали...

- *Работать как во время судебных процессов*, инициируя острые дискуссии, прибегая к различным приемам (ролевые игры, оппонент и

т.д.); благодаря присутствию технического организатора, который является также и ответственным от комитета по этике одного из клинических центров, мы ввели «метод рассмотрения этического вопроса», от которого стараемся не отступать. Этот метод включает четыре последовательные фазы; каждая фаза состоит из содержания и рекомендаций.

- *Вырабатывать «мотивированное и зафиксированное мнение».*

Для точности добавлю один нюанс: как можно видеть, в настоящее время речь идет скорее о дебатах, а не о мнении.

Обратимся к конкретному примеру: нужно ли вписывать в медицинскую карточку серопозитивного ребенка (который пока что чувствует себя хорошо) данные, касающиеся этой инфекции?

Прежде всего следует:

- очертить рамки проблемы, обращаясь к фактам, уточняя поставленный вопрос, формулируя основную цель, определяя состояние больного;

- собрать данные, задавая технические, юридические и прочие вопросы, необходимые для того, чтобы пролить свет на дискуссию;

- организовать обсуждение, представляя и противоположную точку зрения, обеспечивая участие в дискуссии всех членов группы;

- сделать выводы, осуществив синтез рассмотренных материалов;

- сформулировать этические рекомендации;

- и, наконец, — предусмотреть последствия, вытекающие из изложенных выводов.

Выводы были следующими:

- врач не должен упоминать о серопозитивности ребенка в его медицинской карточке, исходя из неконфиденциальности этого документа, как не должен сообщать об этом факте ни в учреждения дошкольного воспитания, ни в учебные заведения, даже лицам, обязанным хранить профессиональную тайну;

- врач не должен побуждать родителей сообщить о серопозитивности их ребенка персоналу садика или школы, потому что ни для коллектива, ни для отдельного ребенка нет никакого риска заражения.

В любом случае и при современном состоянии законодательства сохранение тайны — основное право ребенка и его родителей. Инфор-

мирование родителей необходимо, оно должно помочь им решить, могут ли они и должны ли иметь с тем или иным третьим лицом отношения достаточно доверительные, чтобы говорить с ним о ребенке.

Все случаи, исследованные нами в рамках этой группы, послужили материалом для написания докладов, которые мы регулярно публикуем в специальных или непрофессиональных изданиях.

- *Считаться с ранее выдвинутыми мнениями* при создании свода соответствующих характеристик, с тем чтобы выработать правила этической процедуры.

Наша аналитическая структура по этике в повседневной медицинской практике еще совсем молода; ей предстоит многому научиться в плане анализа и организации проведения заседаний, точного определения методов и целей, сообщений о выводах и т.д.

Из разнообразия дискуссий, из практического и теоретического значения рассматриваемых тем должно также проясниться, должно родиться нечто, что поможет практикующим врачам прогрессировать, а также — и мы все осознаем важность этой миссии — то, что облегчит участь наших пациентов.

Мы убеждены, что то, каким образом мы разрешаем проблемы, продвинет решения, которые мы привносим из многогранной повседневности.

Это означает, если вернуться к мысли, высказанной одним из нас, что «интерес заключается не во мнении подобной аналитической группы, а в способе выработки этого мнения», и что метод, с помощью которого приходят к заключению, значит для нас больше, чем само заключение.

ФРАНСУАЗА БАУМАН

Врач-терапевт. Президент Общества лечебной подготовки терапевтов (SFTG). Член исполнительного бюро Национального союза ассоциаций непрерывного медицинского образования (UNAFORMEC).

Президент Аналитической группы по медицинской этике в повседневной жизни (GREMQ)

ЭТИКА В КЛИНИКЕ

УСПЕХИ И ПОРАЖЕНИЯ МЕДИЦИНЫ СТАВЯТ СОТРУДНИКОВ КЛИНИКИ ПЕРЕД СЛОЖНЫМ ВЫБОРОМ: ОНИ ДОЛЖНЫ ПРИЙТИ К КОЛЛЕКТИВНОМУ ОСОЗНАНИЮ И К ИНДИВИДУАЛЬНЫМ ЭТИЧЕСКИМ РАЗМЫШЛЕНИЯМ.

Эволюция проблем здравоохранения выходит далеко за рамки медицинского или технического прогресса. Это также проявление нравственного осознания и ответственности, вытекающей из факта полученных власти и знаний. Сами понятия о позитивной идее здравоохранения и необходимости совершенствовать этические правила очень современны. Чем сильнее надежда, тем более ценной представляется сама жизнь, а стремление к здоровью рассматривается как стремление к счастью. Плоть и дух становятся одновременно и престижными благами, и безгранично ценными предметами потребления, генераторами свободы, новых прав, требующих различных форм ответственности. С этой точки зрения дискуссия об этике имеет не только философский характер. Касаясь основных аспектов управления и повседневной практики, она адресуется к администрации клиник. Именно это мы и стремились продемонстрировать на следующих примерах.

КОНФЛИКТЫ ДОВЕРИЯ И НОВЫЕ ПРАВА БОЛЬНЫХ

Сами по себе конфликты доверия между больным, его семьей или близкими и медицинским учреждением, вероятно, не новы, впечатляет же их размах. В основном они касаются ответственности руководителя учреждения и права на информацию.

Ответственность директора клиники охватывает такие области, в которых важное значение имеет административное разрешение. В частности, это касается проведения аутопсии (в научных целях), взятия органов для пересадки (в лечебных целях), относительно которых закон Caillavet теоретически урегулировал ряд юридических проблем, касающихся получения согласия заинтересованных лиц:

- семья скончавшегося «донора» теперь уже не может противиться взятию органов (кроме случаев, когда скончавшийся был несовершеннолетним);
- молчание скончавшегося «донора» означает согласие.

Но в действительности такая диспозиция, настоящая «легальная презумпция», по-прежнему, с одной стороны, практически повсеместно не признается пациентами, а с другой стороны, по существу ничего не говорит о религиозных, психологических и социальных ограничительных оговорках и запретах; при этом юридически врачи и директора клиник не обязаны их учитывать.

В конечном итоге выходит, что проблема заключается в том, чтобы знать, какие указания получил (или не получил) руководитель учреждения: запретить те виды практики, которые не соответствуют этике, или же ограничить их с учетом этих оговорок, принимая во внимание конкретное положение некоторых пациентов. То есть: может ли он отдать предпочтение утилитарному подходу к медицинской практике — в законном порядке получать максимум пригодных для трансплантации органов в ущерб отношениям доверия с больными и их окружением?

То же касается и вопросов эпидемиологии, медицинских перечней, информатизации, информационных систем и, следовательно, врачебной тайны. Закон «Информатика, файлы и свободы» как раз и был создан с целью регламентации такого доступа к файлам. Национальный консультативный комитет по этике предложил ограниченное дополнение к статье 378 Уголовного кодекса относительно того, что информатика должна не препятствовать прогрессу различных отраслей медицины, а способствовать ему. Уже завтра ставка будет делаться не только на имеющиеся перечни, а на весь комплекс манипуляций с медицинскими данными при помощи автоматизации. Препятствует этому лишь закон от 6 января 1978 года. А ведь этот закон самой общей направленности безусловно затрагивает щекотливые проблемы, которые предстоит решать медицине: сколько автоматизированных медицинских систем декларировано? Сколько участников — кодировщиков, медицинских секретарей, архивистов, программистов, статистиков, управленцев — будут иметь доступ к этой информации? И какое количество директоров — легальных обладателей медицинских архивов — на самом деле контролируют ситуацию?

Хартия больного (циркуляр Симоны Вейль (Simone Veil) от 20 сентября 1974 года) была первым документом, в котором утверждались некоторые официальные принципы:

- уважение достоинства и личности;
- право на медицинскую информацию в том, что касается диагноза и лечения;
- право самому решать вопросы, касающиеся начала лечения и его проведения;
- право ознакомления с медицинскими данными через лечащего врача и благодаря доступу к рентгеновским снимкам.

Но очевидно, что закон от 28 декабря 1988 года (закон Hurier), касающийся защиты лиц, дающих согласие на биомедицинские исследования, приведет к повышению требований к концепции гуманизации и этики относительно всей медицинской деятельности клиник.

В такой плоскости значительным является то, что в 1988 году генеральный директор самого крупного университетского исследовательского клинического центра (CHR-CHU) Франции — Государственного попечения — Клиник Парижа — рекомендует всем этим учреждениям ввести должность медицинских «посредников», специально уполномоченных информировать пациента или его близких о сложностях медицинского порядка или неясностях, которые могут появиться в ходе лечения. Такое новшество не может не напомнить о существовании в большинстве крупных американских клиник специалистов по этике (правда, как правило, не медиков), уполномоченных поддерживать больного в его действиях или при доступе к медицинской информации.

Не вызывает сомнения то, что подобные нововведения в скором времени приведут к реальному расширению компетенции руководства клиники, которое сможет гарантировать больным право на информацию, и это право перестанет быть просто формальным. Но противостоять этому праву на информацию и его следствию — осознанному согласию больного — может договорное освобождение от слишком легко принимаемых на себя обязательств.

Нужно также знать, каким пределом может ограничиваться информированность в высоко эмоциональных сферах или при возросшей конкуренции между клиниками: показатели качества, процент успеха и т.д.? Может ли одно клиническое отделение быть лучше другого?

Запрет какой бы то ни было рекламы, монополия на некоторые виды медицинской деятельности в общественном секторе (например, трансплантация органов), анонимность и безвозмездность пересадки органов должны оставаться абсолютными принципами, исключаящими любое возможное отклонение.

КОНФЛИКТЫ ЧЕСТНОСТИ И УПРАВЛЕНИЕ ПЕРСОНАЛОМ

Медицина XIX — начала XX века представляла собой индивидуумов, работающих поодиночке или в очень небольших группах. Сегодня все происходит совершенно иначе, в силу того что ответственность разделяется с другими клиницистами, медико-техническим персоналом, сотрудниками лабораторий, радиологами, средним медицинским персоналом.

Конфликты честности уже возникали при добровольном прерывании беременности, когда директорам клиник случалось прибегать к средствам, которыми пользуется государственное здравоохранение, исходя из индивидуального сознания некоторых врачей.

Позже Jacques Testart, руководитель лаборатории FIV, учитывая иную нравственную концепцию, фактически оставил за собой возможность не применять технологию или методы лечения, не соответствующие его убеждениям, что служило на пользу клиницистам. Такая же посылка была подхвачена средним или специализированным персоналом, что вводило совершенно новое положение о моральных убеждениях.

Разумеется, подобный рост индивидуального сознания остается явлением относительно редким или маргинальным. Вместе с тем по своей природе оно весьма отличается от долга неповиновения, предписанного уставом государственных служащих в случае какого-либо незаконного проявления, и находится в явном противоречии с обязанностью проявлять сдержанность или соблюдать нейтралитет в том государственном учреждении, в котором работает такой государственный служащий.

Юриспруденция пока не знает случаев, чтобы государственные служащие выражали протест или были наказаны по подобным мотивам, но брешь пробита¹.

Если к этому добавить, что клиника есть и, чем дальше, тем больше, будет местом, где встречаются крайние и, конечно, новые случаи,

которые затрагивают непосредственно вопросы жизни и смерти, то мы окажемся в центре того, о чем говорил Michel Serres: «Когда знание равноценно выбору, то и биолог, и врач становятся моралистами».

Создается впечатление, что в той мере, в какой деятельность комитетов по защите личности нацелена главным образом на больных или здоровых волонтеров, а не на медицинский персонал, проявляющий свое искусство, эта проблематика исключена из поля их компетенции. Впрочем, вовсе нет уверенности, что уставов или рамок профессиональной деонтологии всегда будет достаточно, чтобы регулировать проблемы, которые могут возникнуть в столь разных ситуациях.

КОНФЛИКТЫ ЦЕННОСТЕЙ И ЭКОНОМИКА В КЛИНИКЕ

Какой должна быть этика в области здравоохранения? Должна она стать коллективной или по-прежнему оставаться личным делом врачей и больных?

Два века тому назад, в 1793 году, после упразднения корпоративности, некий докладчик не без юмора отмечал, что основная проблема медицины — вовсе не врачи, а нехватка платежеспособных больных... Иначе ли обстоят дела при системе, когда расходы клиник финансируются, как правило, из бюджета?

Вероятно, не стоит смешивать жанры, а лучше предоставить этике те основные сферы, которые она завоевала в отношениях «врач — больной». Но достаточно ли этого, чтобы полностью исключить эти отношения, с точки зрения экономической жизни?

Начиная с 1946 года санитарные цели юридически и социально заключались в осуществлении все более широкой защиты населения, сосредоточенной в основном вокруг социального обеспечения. Некоторые упоминают даже о настоящем праве на здоровье, вытекающем из преамбулы Конституции 1946 года. «Любой человек, вне зависимости от расы, религиозной принадлежности, верований, обладает неотъемлемыми правами. Нация гарантирует всем, в частности, ребенку, матери и престарелым работникам, защиту здоровья». Параллельно закон от 31 декабря 1970 года определил понятие социальной службы в клинике: уход, обучение, исследования, профилактика, а также обязанность принимать двадцать четыре часа в сутки всех больных, не де-

лая между ними никакого различия; в то же время на базе конвенциональной системы зарождалась медицинская деятельность, на чынаемая либеральной. До 1970-х годов государство повсеместно поощряло, без каких-либо ограничений, расширение сферы деятельности медицины.

Причиной этой тенденции были экономический кризис и относительная доля расходов на здравоохранение. Отныне экономика и здоровье уже не пренебрегали друг другом. Привычное изречение «здоровье бесценно» дополнили новым: «однако оно имеет цену». В таком контексте условием этики в клинике стали обоснованность предложения, с одной стороны, и контроль за издержками — с другой.

Даже если сегодня целесообразность такого контроля по-прежнему оправдана необходимостью регулировать предписания и медицинскую практику с точки зрения стандартов, протоколов и целей, если выбор должен быть сделан, то все это предполагает формулирование новых видов ответственности: ответственности врача, директора клиники, органов опеки.

Некоторая, пусть и незначительная, удаленность во времени позволяет высказать опасение, что этот контроль не способствует подчинению условий приема в клиниках экономическим императивам, что, в свою очередь, уничтожает этическое правило, из которого следует: любой индивид может иметь доступ к лечению, при этом учитываться должно только его состояние здоровья.

Первый пример касается не оказания помощи людям, не имеющим социальной страховки, и иностранцам — кроме неотложных случаев. Такие ситуации пока что являются исключительными, но они противостоят очень мощной традиции приема в государственные клинические учреждения.

В более общем плане следует упомянуть также о проводимых Министерством здравоохранения исследованиях, касающихся показателей деятельности клиник. В настоящее время опыт, накопленный в ходе выполнения РМБ1 (Программа расширения медицинской помощи с использованием информационных систем), предполагает медико-административный анализ, основная цель которого заключается в исследованиях медицинских, социологических и демографических параметров, по которым можно определить «издержки по патологиям» и зафиксировать условия финансирования клиник или отделений в соответствии с их достижениями. Что касается содержания, то есть

персонифицированной информации о больных, и этических средств достижения эффективности (отбор пациентов, снижение длительности пребывания или выплат, перенесение на другие структуры по уходу менее серьезных проблем) , то риском пренебречь нельзя.

Оставаясь исключительной, эта программа послужит определенным индикатором предстоящего выбора: между необходимостью сдерживать в разумных пределах издержки (против чего никто не возражает), и неотъемлемыми от этой программы общественными ценностями.

Второй пример касается того «кто лечит и как». Мнение, высказанное 23 октября 1984 года Национальным консультативным комитетом по этике о проблемах, возникающих в связи с использованием методов искусственного воспроизведения, однозначно говорит о том, что современные методы оплодотворения *in vitro* могут применять только «допущенные группы», не преследующие корыстных целей. Подобное предписание имелось также и относительно взятия для пересадки тканей мертвых эмбрионов и зародышей человека в лечебных, диагностических и научных целях (22 мая 1984 года). Следует упомянуть и о более поздней рекомендации исключить из частного сектора деятельность по трансплантации органов и обеспечить строгий медицинский отбор пациентов, занесенных в список ожидающих трансплантации.

Упорядочение использования методов и средств — это также выражение коллективной этики наряду с поиском лучшей диагностической стратегии при наименьших издержках и с наибольшей отдачей. Оно отсылает к той иерархии ценностей, которую сообщество вырабатывает в сфере здравоохранения: планирование вложений средств в клиники, доступ к стационарному оборудованию, консультационные центры для новейших методов лечения. В такой перспективе оно является требованием побуждающим. Противостоит же ему слишком жесткое ограничение расходов клиники (например, в рамках ее общего бюджета), что передаст отбор больных или желательных методов лечения в руки лиц, действующих исключительно на местах — врачей, директоров клиник. Необходимо учесть, что многие патологии частично являются отражением нарушения социо-экономических функций (алкоголь, злоупотребление курением и т.д.). С другой стороны, они зависят от переменных экзогенных факторов: возраста, возникновения новых болезней и т.д.

Отныне не за горами времена, когда то, что в течение пятидесяти лет преваляло в мерах сохранения стабильности страхования — социальное обеспечение — уже не будет входить в противоречие со справедливым решением о том, чтобы брать расходы по медицинскому обслуживанию на себя. Ограничение расходов клиники или хозяйствование, осуществляемое на эмпирической основе, неизбежно приводят к неравным условиям ухода, что сказывается прежде всего на тех, кто находится в наиболее неблагоприятном положении. При том, что они чаще всего относятся к огромной армии находящихся в неравноправном положении из-за различных типов риска, очевидное этическое противоречие будет заключаться в необходимости прибегать к основанной на неравноправии системе предоставления медицинского ухода, в то время как финансовая сторона медицинского обеспечения должна базироваться на принципах солидарности.

Никогда значение этики не было столь велико, как при наличии в клиниках все усложняющихся медицинских технологий, поскольку она ставит вопрос о правильном использовании власти человека над человеком в той области, где проблема здоровья связана с необходимостью брать на себя расходы по его поддержанию, и о равноправном применении диагностических и лечебных методов, вытекающем из Клятвы Гипократа и медицинской деонтологии.

Здравоохранение не является сферой платных услуг, и при выборе источника финансирования предполагается, помимо уже достигнутой солидарности, справедливая этическая позиция, касающаяся качества жизни и финансовых средств его достижения.

Наконец, последняя установка подчеркивает коллективное осознание: каким бы ни было качество анализа, неизбежно наступает момент, когда понимание того, что происходит с человеком, не противоречит способам, с помощью которых можно оценить риск применения некоторых медицинских методов. Нежелательно, чтобы эта сфера подчинялась исключительно воле врача или управленца клиники, или порой определялась желанием больного. Вероятно, именно в этой сфере во всей полноте должна проявиться мудрость комитетов по этике: через их стремление к ясности, к качеству вопросов, предлагаемых законодателю, к точности и своевременности формулирования этих вопросов.

1. Частично именно так было два года назад в акушерско-гинекологическом отделении частной клиники, не преследующем корыстные цели, где выбор лечебных методов перестал соответствовать духовным принципам заведения.

2. Следует учесть точку зрения CNIL, датируемую 7 января 1987 года, которая сформировалась из определенного числа рекомендаций, в частности в том, что касается информирования больных, его конечных целей и способов доступа к информации.

МИШЕЛЬ БОР

Бывший директор клиники Антуан-Беклер (Antoine-Béclère), г. Кламар.
Заведующий отделением Генеральной инспекции
Государственного попечения Клиник Парижа

ЗА ЗДОРОВЬЕ НАЗНАЧЕНА ЦЕНА

МОЖЕТ ПОКАЗАТЬСЯ НЕСКОЛЬКО НЕУМЕСТНЫМ И ДАЖЕ НЕПРИЛИЧНЫМ ОБРАЩАТЬСЯ К ЭКОНОМИКЕ, КОГДА РЕЧЬ ИДЕТ О ПРОБЛЕМАХ ЗДОРОВЬЯ. ЕСЛИ И ЕСТЬ КАКАЯ-ТО ОТРАСЛЬ, КОТОРАЯ, КАК КАЖЕТСЯ, АПРИОРИ ДОЛЖНА ИЗБЕГАТЬ ФИНАНСОВОГО ДАВЛЕНИЯ, ТО ЭТО КАК РАЗ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ. ВМЕСТЕ С ТЕМ ПРИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ УСЛОВИЯХ ЭКОНОМИКА МОЖЕТ СПОСОБСТВОВАТЬ ВЫБОРУ И ОПТИМИЗАЦИИ ПРОЦЕССА ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ.

Кто всерьез может предложить не лечить больных, не имеющих необходимых средств для обеспечения медицинского обслуживания, которого требует их состояние? Усилия врача не всегда соответствуют конечному результату. Но потребность в средствах по-прежнему остается основой медицинской практики, основой, очевидно, «не только экономической».

Почему же экономистам есть что сказать о здоровье и том выборе, который надлежит сделать, чтобы его сохранить, восстановить или улучшить?

Можно сформулировать три основные причины:

- Физическое здоровье населения, как, например, и уровень образования, может считаться одним из необходимых условий экономического здоровья.

Очевидно, что между уровнем экономического развития страны и медицинской ситуацией существует тесная связь. Более систематическим образом эту связь можно выявить и изучить на примере развивающихся, а не промышленно развитых стран.

- Виды производственной деятельности, связанной со здоровьем (в области профилактики и лечения в клиниках, во врачебных кабинетах и т.д.), даже без упоминания тех ее видов, в которых задействована промышленность; службы, без которых не обойтись при получении необходимых для здравоохранения продуктов (фармацевтическая промышленность, биомедицинская промышленность, совет по управлению кли-

никами и т.д.) являются такими же экономическими видами деятельности, как и другие — в том смысле, что ради создания благ и служб, необходимых для потребителя, они поглощают экономические, людские и финансовые ресурсы.

- В контексте социализированного финансирования, то есть такого, которое опирается не на частные средства отдельных лиц (их, как правило, недостаточно, чтобы покрыть расходы, возникающие при серьезном заболевании), возникают вопросы компетенции общественного арбитража, касающиеся объема ресурсов, которые могут быть направлены на здравоохранение и службы, которые нужно создать.

Если эти три аспекта экономического подхода в области здравоохранения можно рассматривать независимо друг от друга, то их синтез, по крайней мере в том, что касается промышленно развитых стран, может быть сведен к следующему критерию: какой уровень и какая структура расходов на здравоохранение создадут оптимальную ситуацию, когда станет возможным как потребление индивидами того, чему они отдают предпочтение, так и то, чтобы желаемое было сопоставимо с имеющимся ассортиментом и соответствовало достаточно высокому уровню экономического развития.

Итак, один из основных вопросов — это вопрос об общественном арбитраже и соответствии затрат экономическим и социальным требованиям. Именно на этот вопрос экономика как научная дисциплина и пытается в течение длительного времени дать ответ. В столь специфической области как здравоохранение ответы крайне затруднительны, а нередко и противоречивы; кроме предпочтений потребителей в ней задействованы такие категории как жизнь и смерть. Экономический анализ иногда может произвольно приуменьшать социальные реалии или человеческие сложности, но, давая четкую формулировку возможных проблем, оценивая расстановку сил и решений, он вносит необходимую ясность в споры, которыми слишком часто движут субъективность и эмоции, чтобы не сказать — личный интерес.

Таким образом, вклад экономики в выбор, касающийся здоровья, кажется законным и *in fine*, неизбежным, но в то же время проблема остается деликатной в силу затрудненного восприятия его всеми задействованными лицами.

ЭКОНОМИКА И ВЫБОР
В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Независимо от сферы производственной деятельности, вопрос, который обычно задает экономист, сводится к следующему: существует ли возможность вложить в какую-то другую сферу те ресурсы — трудовые (рабочая сила), финансовые и технические (капитал), которые вовлечены в это производство и, следовательно, не задействованы в других видах деятельности? Иначе говоря, исходя из утверждения о недостатке ресурсов, он интересуется тем, как их применить наилучшим образом. Выбор, который предстоит сделать, может быть рассмотрен на трех различных уровнях:

- *Выбор между видами деятельности в здравоохранении и видами деятельности вне здравоохранения.* Например, чему отдать предпочтение: мерам по профилактике рака шейки матки и прямой кишки или политике по привлечению недипломированной молодежи? Очевидно, что эти два типа действий не имеют между собой ничего общего, за исключением молчаливой конкуренции в сфере ресурсов, расход которых непременно повлечет за собой их реализация.

- *Выбор или определение приоритетов в рамках области здравоохранения.* Следует в первую очередь осуществлять широкую программу по вакцинации против гепатита В или способствовать развитию методов пренатальной диагностики? Может ли какая-либо форма взятия на свое обеспечение больных инсулино-зависимым диабетом считаться наиболее эффективной и, таким образом, стать предметом «систематической» практики?

- *Выбор в рамках производственных единиц.* Должна ли какая-то конкретная клиника вкладывать деньги в аппаратуру, основанную на использовании ядерного магнитного резонанса, или ей следует оснащаться средствами, необходимыми для проведения пересадки печени?

Создается впечатление, что спектр выбора, относящегося к экономике, весьма широк. Однако на практике, как правило, выбор касается второго уровня и относится к области преимущественного применения. Неоднородность, присущая первому уровню, действительно вряд

ли устранима; что касается третьего уровня, то он чаще всего предполагает применение таких методов управления, которые напрямую не соотносятся с работой экономистов, считающих, что средства вложены не наилучшим образом.

Следовательно, потенциальная помощь экономистов при выборе в области здравоохранения, относится, в основном, к альтернативным потребностям профилактики, выявления, диагностики и лечения болезни.

ВНЕСТИ ЯСНОСТЬ В ВЫБОР: СОГЛАСНО КАКОЙ МЕТОДОЛОГИИ?

Традиционно выделяют две основные категории исследований затрат: с учетом их эффективности и с учетом полезности разрабатываемых средств диагностики, лечения и т.д. И те, и другие на полном основании могут внести свой вклад в освещение предстоящего выбора, но различаются уровнем обобщения и выводов.

Исследование эффективности затрат предлагает соотнесение затрат, необходимых для проведения различных акций в области здравоохранения (прямые медицинские и немедицинские затраты, касающиеся содержания пациента; косвенные затраты, связанные с экономическими и социальными последствиями болезни), с одним или многими показателями эффективности (количество дополнительно прожитых лет, число больных с правильно поставленным диагнозом и пр.). Сложности, присущие проблеме, связанные с существованием многих показателей, характеризующих эффективность, в настоящее время решаются введением синтетических показателей типа «дополнительные годы жизни по сравнению с их качеством», и тогда говорят об исследовании полезных затрат. О чем бы ни шла речь — об эффективности или о полезности затрат, результаты выражаются в экономических выкладках: например, средние или второстепенные затраты на дополнительный год жизни. Очевидно, что такие исследования представляют интерес только при условии их реализации в сравнительной перспективе (включая выбор между, по крайней мере, двумя возможностями). Они не могут быть оценены в соответствии с общими правилами экономики, определяющими оптимальное соотношение затрат и эффективности. Если, например, сравнивать две альтернативные стра-

тегии лечения, то исследование эффективности затрат позволит сказать, какую из них следует выбрать. Но при этом нельзя будет ответить на вопрос, действительно ли следует лечить пациентов этим методом, характеризующимся лучшим соотношением затрат и полученного эффекта.

Во многих случаях, главным образом, когда речь идет о диагностике или терапии, ясно, что возможность «ничего не делать» не является реальной альтернативой. Таким образом, исследование эффективности затрат остается исключительно полезным. В таких же областях, как профилактика или раннее выявление заболеваний, поле их применения сужено, поскольку часто возникают ситуации, «эффективность» которых еще не определена. В таких случаях более приемлемы исследования затрат на их полезность.

ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЛЕЗНОСТИ ЗАТРАТ

Эти исследования отличаются от исследований эффективности затрат необходимостью оценки предполагаемых показателей эффективности. Такая оценка, если она возможна, представляет непростую задачу и предполагает преодоление многих противоречий, которые, кстати, существуют не только в здравоохранении. Столь же сложной задачей является соотнесение «ценности, выраженной во франках», с показателем результата, касающегося образовательной программы, строительства дороги или влияния на окружающую среду промышленного центра. И хотя в этом плане сфера здоровья не является исключением, в ней мы встречаемся с особо чувствительными ситуациями: как оценить смерть, которую удалось предотвратить, как оценить снижение тревоги, повышение ощущения комфорта и т.д.?

Подход в виде «предотвращенных затрат» часто позволяет избежать многих сложностей. Действительно, можно допустить, что реальное преимущество отдельной программы или действия в сфере здоровья — это ресурсы, которые будут «сэкономлены» благодаря эффективности такого действия или выполнения программы. Так, например, программа по выявлению трисомии 21 позволяет произвести полную оценку расходов по ее выполнению (как обществом, так и/или родными) и приведет к улучшению лечения детей, больных монголиз-

мом, которые благодаря раннему выявлению болезни не станут (по крайней мере, не должны стать) ее заложниками.

Однако ясно, что если эффективность измеряется, в целом или частично, «количеством спасенных жизней» или «числом предупрежденных смертей», то следовало бы ввести показатель человеческой жизни. Разумеется, никакая «шкала» не может быть идеальной, но напомним, что, когда речь шла о правовых решениях или о возмещении убытков страховыми компаниями, мы приняли коллективное решение: при любых обстоятельствах основным критерием будет человеческая жизнь.

Исследования затрат с точки зрения возможных преимуществ сознательно не проводятся в сравнительной перспективе, поскольку их результаты предстают не как соотношение, а как польза или потери. Конечно, с целью выявления порога эффективности, начиная с которого предпринятое действие начинает приносить коллективную пользу, могут анализироваться различные сценарии, и ничто не мешает проводить сравнительный анализ, основанный на существовании возможных альтернатив.

Непростой процесс оценки возможных преимуществ, которой требует такой анализ затрат, часто приводит к отказу от этого типа исследований. Вместе с тем напомним, что идентификация и оценка только затрат также чревата существенными сложностями, которые могут всплыть на поверхность только в виде предположений, порой столь же спорных, как и допущения при оценке эффективности. В нашем понимании исследования эффективности затрат ничуть не проще, чем исследования на преимущества: и первые, и вторые требуют полной ясности относительно модальности ожидаемых оценок, усилий по объяснению причин выбора и, разумеется, систематического осуществления необходимых мер с тем, чтобы оценить влияние этих модальностей на изменчивость результатов.

В этих условиях нам кажется, что экономика, привлекаемая к выбору, который может быть осуществлен в области здравоохранения, должна внести завершающий, если не решающий, по крайней мере, достаточно серьезный вклад в решение соответствующих вопросов.

ЖАН-ЛУИ ЛАНОЭ

Экономист. Научный сотрудник Национального института
медицинских исследований в области здравоохранения (INSERM),
руководитель службы социальной оценки

И ОРДЕН ВО ВСЕМ ЭТОМ?

СООТВЕТСТВУЕТ ЛИ ВРЕМЕНИ СОВЕТ ОРДЕНА, СОСТОЯЩИЙ ИЗ ЧЛЕНОВ, ИЗБИРАЕМЫХ ПО ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ, СОВЕТ, УПОЛНОМОЧЕННЫЙ ВЫРАБОТАТЬ КОДЕКС ДЕОНТОЛОГИИ, НАПОМИНАЮЩИЙ «НРАВСТВЕННЫЕ ПРАВИЛА», ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ДЛЯ ВСЕХ ВРАЧЕЙ? НЕ СЛЕДУЕТ ЛИ ПОРАССУЖДАТЬ О НЕМ САМОМ, ЧТОБЫ ИЗБЕЖАТЬ СКЛЕРОЗА И ПО-ПРЕЖНЕМУ УЧАСТВОВАТЬ В ШИРОКОМ СТРОИТЕЛЬСТВЕ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ?

*Тем, которые решили быть не святыми,
не палачами, а всего лишь медиками.*

Альбер Камю. Чума

Об Ордене медиков постоянно спорят, грозятся его упразднить, но вместе с тем поддерживают в существующем виде; пресса отзывается о нем плохо. Несомненно, на то существуют исторические причины, но столь же очевидно, что происходит это еще и потому, что его миссия недостаточно понятна и известна.

Не будучи ни профсоюзом, ни братством, ни корпорацией, Орден представляет собой группу лиц, подчиняющихся определенным профессиональным и моральным правилам. Сегодня во Франции подобные институции существуют у представителей девяти профессий, причем созданы они по их просьбе; остальные всерьез рассматривают такую возможность.

НЕМНОГО ИСТОРИИ

На основание собственного Ордена медиков вдохновил пример адвокатов, которые давным-давно организовались в коллегии с тем, чтобы сохранить независимость, профессиональную честь и благородство. Идея родилась в 1845 году; Палата пэров приняла проект в 1847 году, но из-за революции 1848 года о нем забыли. Профсоюзы и профессиональные ассоциации продолжали обсуждать проект, вынесенный на обсуждение на законодательном уровне в 1923 году. Текст был принят Палатой депутатов в 1932, изменен Сенатом в 1935, и окончательно утвержден в 1940 году.

Орден в то время состоял из высшего совета по медицине и департаментских советов, члены которых назначались министром. Такая организация была модифицирована в 1942 году, но после освобождения Франции Орден был распущен. Он был восстановлен по указу генерала де Голля в сентябре 1945 года, претерпев при этом значительные изменения, в частности, выборы советников в департаментах стали происходить согласно всеобщему избирательному праву.

С тех пор институция стала гораздо демократичнее: избирателем является любой врач, записавшийся в список, и независимо от вида своей практики. Орден финансово независим, живет исключительно за счет взносов медиков. Они голосуют за избираемых или советников департамента, которые, в свою очередь, выдвигают региональных и национальных советников.

Эта система должна гарантировать независимость институции, которая может защищать интересы больных, не подчиняясь никаким опекунам. Вместе с тем в дисциплинарных решениях Орден подчиняется Государственному Совету.

ДВОЙСТВЕННАЯ РОЛЬ

На медицинский орден возложено немало функций: управлять профессиональной деятельностью, подготавливать и представлять в компетентных инстанциях Кодекс медицинской деонтологии, а также пресекать попытки нарушения его статей. Именно эта двойственная роль — адаптировать деонтологию к новым условиям, заботясь о проведении ее в жизнь, при недостаточном ее понимании — как раз и заслуживает того, чтобы над ней поразмыслить.

Наше общество основано если не на фундаментальных принципах добра и зла, то, по крайней мере на кодексе ценностей, среди которых на первом плане стоит уважение к другому, достоинство личности, права человека. Медицинская этика опирается на эти основы, но не довольствуется зыбким консенсусом или совокупностью ценностей, не возведенных в ранг положений кодекса; при этом врач не может быть выше законов. Сознание, на котором зиждется свобода врача, должно быть не просто чувством или совокупностью впечатлений. Оно опирается на рефлексию, работу разума, внутренние рассуждения, которые являются следствием моральных и культурных ценностей общества.

Кодекс медицинской деонтологии служит путеводителем для такой углубленной рефлексии: этот текст, составленный врачами, юристами и специалистами по этике, имеет регламентирующую ценность, поскольку он принят в качестве декрета.

Совет Ордена не является консультативным органом. Согласно закону, он обязан обеспечивать соблюдение Кодекса деонтологии. Вот почему в этом кодексе предусмотрены санкции. Действительно, мог ли бы он быть весомым, действенным, если бы в нем не были зафиксированы санкции?

Мы, к примеру, могли наблюдать, что в связи с законом Caillavet о заборе органов нельзя не только применять санкции к возможным нарушителям, но и (из-за недостаточно разработанных положений вышеупомянутого закона) даже обнародовать судебную информацию.

НА СЛУЖБЕ ИНДИВИДА И ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

И так, правила медицинской практики определяет Кодекс деонтологии. В этом плане долг врачей по отношению к больным имеет решающее значение. Изначально было записано, что врач состоит на службе индивида и общественного здоровья. Долг одинаково добросовестно лечить всех больных, независимо от вызываемых ими чувств, уважать их волю — вот в чем заключается однозначно сформулированная задача. Статья 8 решительно запрещает всем врачам «способствовать или поддерживать покушение на физическую или психическую целостность лица, лишённого свободы, или на его достоинство». Четко зафиксированы свобода записи, профессиональная тайна, независимость и ответственность. Нынешнее правительство, которое предполагает закрепить в законе права больного, лишь завершило труд тех, кто выпустил этот кодекс (в 1979 году). Но он не неизменен. Он является предметом постоянных размышлений членов Национального совета Ордена, который должен адаптировать его к нуждам профессии и развивать его в интересах больных. Сегодня более, чем когда-либо, в практике врача соединяются этика (которую можно определить как совокупность моральных концепций), мораль (принятые и практикуемые в определенном обществе правила поведения) и деонтология (совокупность норм и обязанностей).

Разве может врач не принимать во внимание новые проблемы, которые возникают вследствие достижений, являющихся результатом научных исследований: генетические манипуляции, пренатальная диагностика, возможности реанимации, нейронауки, биомедицинское экспериментирование? Существует множество поводов вновь поднять фундаментальные вопросы: «Что есть личность?», «Что есть тело?» Поднять решительно, ибо они касаются наиболее чувствительных сфер достоинства человека, жизни и смерти.

Конечно, это общие для всего человечества темы, но перед медиками они выдвигают неотложные и конкретные вопросы: имеют ли врачи право, располагая технической возможностью, удовлетворять любую просьбу больного, предприятия, государства? Могут ли они манипулировать развивающейся жизнью или прервать жизнь, если кто-то считает, что она не стоит того, чтобы быть прожитой, не задавшись вопросом: «Для кого?», «Кем?».

Высокий авторитет врачей заставляет законодателя фиксировать границы и следить за их соблюдением. Но никакое предписание не избавит врача от его обязанности размышлять, поскольку врачебное решение изначально включает в себя, помимо интеллектуального и технического действия, определенную долю этики, особенно сегодня, когда «наука развивается быстрее человека».

Но Орден осознает необходимость эволюции; осознает также и то, что он должен предоставлять врачам для обсуждения инстанцию, более адаптированную к сегодняшней медицинской практике, более доступную для практикующих врачей, независимо от того, частным образом они работают или получают зарплату в государственном учреждении. Это требует структурных реформ, в частности, позволяющих органу быть более представительным медицинским корпусом. Орден должен также поддерживать размышления на эту тему и в форме общественных дебатов: именно таким образом он организовал заседания по медицинской этике в 1990 и Международный конгресс по этике в 1991 году.

ОРДЕН — ПРОДУКТ ЭКСПОРТИРУЕМЫЙ

Называются они «Орденом» или носят другое название, но подобные независимые органы, в обязанности которых входит организация профессиональной деятельности, подготовка моральных норм и

наблюдение за их исполнением, существуют во всех демократических странах. Более того, в настоящее время отмечено, что врачи стран Восточной Европы и некоторых стран Латинской Америки предвидят возрождение подобных инстанций в их странах, как только установится определенная форма демократии, независимости и свободы. Например, польские врачи недавно создали независимый орган, несколько напоминающий Орден французских медиков; подобный демарш предприняли и румынские врачи, полностью отдавая себе отчет о сложности такой демократизации медицины в стране с катастрофическим состоянием здравоохранения. Чехи и венгры, со своей стороны, при восстановлении аналогичных орденских инстанций обратились к «германской модели». При всем различии законов, нравов и систем здравоохранения, нельзя не отметить, во-первых, роль традиционных и культурных связей при создании подобных институций, а во-вторых, того, что и правительства, прилагающие усилия к тому, чтобы войти в содружество демократических европейских стран, и медики стремятся стать частью Международной конференции Орден и органов подобного назначения, созданной ответственными членами французских профессиональных объединений в 1971 году. Медики хотят быть участниками к Европейскому кодексу этики, первым принципом которого остается уважение человеческой личности.

ЛУИ РЕНЕ

Хирург. Бывший заведующий хирургическим отделением
клиники Круа-Сен-Симон, Париж.
Президент Национального совета Ордена врачей

НЕОТЛОЖНОСТЬ ДИСКУССИИ

МОРАЛЬ В ДЕЙСТВИИ, ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕТАФИЗИКА... БИОЭТИКА СТАНОВИТСЯ ПОЛЕМ, ГДЕ ПРОЯВЛЯЮТСЯ ОСНОВНЫЕ СИЛЫ НАШЕЙ СОЦИАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ. КАКИМ ОБРАЗОМ МОЖНО ПОДНЯТЬ БИОЭТИКУ НА ВЫСОТУ ДЕЙСТВИТЕЛЬНО ОБЩЕСТВЕННОЙ ДИСКУССИИ В ТО ВРЕМЯ, КОГДА НАЛИЦО РАЗРЫВ МЕЖДУ НРАВСТВЕННЫМИ НАМЕРЕНИЯМИ И ПРАКТИЧЕСКИМИ РЕШЕНИЯМИ, ПРИНИМАЕМЫМИ В НЕОТЛОЖНЫХ СИТУАЦИЯХ?

В издании 1989 года Оксфордского словаря английского языка (The Oxford English Dictionary) понятие биоэтики, с тех пор ставшее общепринятым, определено достаточно точно: «Дисциплина, предметом которой являются этические вопросы, возникающие в ходе развития медицины и биологии».

Достоинство такого определения состоит в том, что оно точно очерчивает рамки, в которых вновь может быть затронуто значение вопросов морального порядка, с которыми сегодня наше развитое общество сталкивается при разработке многих беспрецедентных проблем.

Эффективность тех отраслей науки и техники, которые касаются жизни и здоровья, непременно стимулирует (если не предписывает) рефлексию, аргументацию и выбор, способность взвешенно оценить степень иерархии и ценностей. В каких терминах осмысливать и определять систему, достаточную для человека, последовательную и логичную, которая не подменяет норму с точки зрения последствий?

С точки зрения уже не общества, но демократии на нас возложена задача сформулировать принципы современной морали, которая сильна восстановленной и даже обновленной законностью и способна гармонично сопутствовать развивающимся согласно изменяющимся обстоятельствам знаниям, которые человек приобретает — в частности знаниям о нем самом. Открытия или разоблачения (как результат длительного процесса накопления или спонтанные) очень редко и скупо даруют пространство и время для размышлений, распознаваний, для

того, чтобы прийти к мысли, что долг человека перед самим собой — вкладывать, оживлять, формулировать и передавать.

Если общество лишено такой паузы, необходимой для рассуждений, оно рискует сразу же (не пройдя критической эволюции, не поразмыслив, не обсудив в достаточной мере) подвергнуться современным видам потрясений, зачастую необратимым, с которыми оно уже не в силах будет справиться.

Поэтому методы, применяемые к живому, могут восприниматься и переживаться только идеологически или эмоционально, что не идет ни в какое сравнение с принципами правового государства и поддержанием равновесия, необходимого для проявления демократии.

В вихре забот современного общества (нередко забывающего о морали и мало развитого, и даже нечувствительного к рассуждениям метафизического порядка), которое хочет видеть себя обществом консенсуса, нейтральным относительно общих ценностей, биоэтика воплощает и учреждает новые понятия, касающиеся истории человека и его гипотетического будущего. Каждый более или менее отчетливо ощущает, что действующая мораль и даже практическая метафизика, становятся тем полем, где проявляются важнейшие моменты нашей социальной системы. К этому приходят, опираясь на значение нашего бытия и гуманность нашего существования.

Таким образом, оказывается, что на биоэтику возложена сложная и в некоторых отношениях мало совместимая с логикой ноша, которая в то же время, похоже, формирует ее. Ее желали бы видеть обладающей силой морального изобретательства, способной улаживать конфликты, вызываемые биотехнологическими новациями.

Когда речь идет о дисциплине, соотносимой с этикой, то не стремимся ли мы передать ей функции нравственной инстанции, а в обществе, устроенном согласно правовых норм — власти, предписывающей определенные правила, менее спорные, так как они исходят от неподаваемой и в чем-то чарующей динамики — основы прогресса?

БИОЭТИКА ИЛИ БИОПРАВО?

2 декабря 1983 года, учреждая Национальный консультативный комитет по этике в области наук о жизни и здоровье, Франсуа Миттеран говорил о нем как о «посреднике между коллективным мнением

и структурами государственной власти», поле общения, обмена, которое позволяло бы сформулировать и отшлифовать любое высказывание, проникнутое заботой о плюралистском обществе. Это особенно важно для преобразований в обществе, в культурном отношении еще мало чувствительном к преобразованиям на фоне решения насущных и важных вопросов.

К возможности анализа остающихся до сих пор непонятными проблем, глава государства предпочитает подходить специфически, используя этические категории: в виде вопросов, просьб, отвечающих требованиям разума: «Вне морали наука и метафизика, в зависимости от наших склонностей, соответствуют друг другу, не давая ответа. Найти ответ — вот благородное дело».

Парадокс ситуации состоит в том, что она требует тонкости, деликатности в управлении. Биоэтическая конфронтация осуществляется неявно, пока не будут постигнуты этически воспринимаемые и удовлетворительные модальности, способные ее узаконить и оснастить естественным концептуальным инструментом для выработки серьезных аргументов.

Именно это, хоть и в других терминах, признает проф. Жан Бернар: «Наука опережает человека. Устранить это отставание надлежит Комитету по этике»¹. Таким образом проф. Ж.Бернар, с одной стороны, формулирует принципы и логику НККЭ (возглавить который он согласился), а с другой — по многим позициям выступает сторонником прагматизма, не признающего того, что нужно определенное время (следует проявить терпение), чтобы созрело и было принято в расчет широкое выражение *мнения о необходимости быть свободным* — мнения, которое Франсуа Миттеран сформулировал в качестве основного.

Можно считать, что обсуждение такого зачастую радикального противоречия, возникающего в силу противоположных интересов различной природы — *устранить отставание* и выполнить функцию посредника — является для любой биоэтической инстанции одновременно моральным, концептуальным и методологическим императивом, который, будучи безусловно почитаем и воспринимаем как абсолютный принцип исследования, делает незаконными по сути процедуры, установленные для нормализации условий биотехнологического прогресса.

«Но конфликт между двумя видами морали — морали данного момента и морали рефлексии — будет существовать всегда»².

Там, где проф. Жан Бернар обнаруживает некий конфликт морального порядка, другие ученые не видят его в логике и целях проводимых исследований, не принимают во внимание моральные размышления. Они исходят из правил, подчиняющихся другим нормам, из особой этики, именуемой *этикой научных исследований*. «Нормальная эволюция в контексте, о котором идет речь, в понимании этих ученых означает большую способность действовать, искореняя любое проявление метафизики»³.

Если к этому добавить уже известные нам влияния и последствия, то именно их проф. Jacques Testart⁴ анализирует очень тщательно, выдвигая неизменным условием определение принципов формирования, действенного этического выбора, отстаиваемых и сохраняемых ранее, даже независимо от научных исследований: *логика не-открытия, этика не-исследования*. Отныне инстанции, задачей которых является выработка биоэтических норм, по многозначительному высказыванию проф. Жана Бернара, уже не уподобляются «в некоторых случаях бегуну, стартовавшему с опозданием».

В некотором смысле основа спора о биоэтике во Франции — неразрешенные недоразумения и непроясненные различия, не позволившие уточнить принципы морально и социально удовлетворительного исследования, что привело к компрометации определенных узаконенных и действующих основ. Создается впечатление, будто участники этой конфронтации, в силу нынешнего состояния вещей и разгорающихся страстей, предписывают законные ограничения, совершенно определенным образом претендующие на то, чтобы подменить *этику и биоэтику правом*⁵. В конечном счете, это постулат, выдвинутый во введении к предварительному проекту Закона о науках о жизни и правах человека: «Наука некогда обязала человека перейти от действия к этике, сегодня она принуждает его перейти от этики к праву». Логика и систематичность этих положений ощутимо умаляют значение применения этических принципов, утрачивающих в этих условиях свой смысл.

Будет ли этика ущемлена в своем измерении, в своей этической функции из-за отсутствия действенного здравого суждения тех, кому государственные власти слишком поспешно передали полномочия? Или, что более точно, из-за недостаточно систематического анализа социокультурной мутации, которая обуславливает несовместимость методов и логических последствий (и даже идеологии) как условий эволюции биотехнологий?

Так, Michel Henry⁶ основывает свой диагноз современной ситуации на внутреннем разрыве, который является всего лишь следствием. «Впервые в истории человечества знание и культура расходятся. И это после того как во времена Галилея знание, претендующее на объективную истину, исключило из мира его чувственные свойства, а одновременно с этим и то, что в нем было от субъективности — от нашей жизни». Этому анализу Martin Adler предпочитает более конъюнктурную точку зрения, которая предлагает переформулировать нормы науки, а следовательно, и ее этики, в соответствии с *фундаментальными моральными принципами*: «Поскольку наука, вследствие своего технического применения, расширяет поле возможного, то следует спросить себя, какими средствами нужно располагать, чтобы приспособиться к этому расширившемуся полю возможностей, при этом в полной мере сохраняя те же фундаментальные моральные принципы. Это приводит к тому, чтобы задуматься, почему наука составляет часть культуры».

О НОВЫХ ОБЩЕСТВЕННЫХ СВЯЗЯХ?

Рекомендации, предложенные в ходе коллоквиума «Генетическое наследие и права человека»⁸, также сформулированы в преломлении, реабилитирующем основную концепцию научной ответственности: «Итак, будущему нужно объяснить именно этический смысл значения вмешательства биологии и геной инженерии в организм и в общество. Но этого не произойдет, пока между людьми (каковыми являемся мы все) не будут установлены новые общественные связи, которых требуют новые биомедицинские ситуации, и в основе которых будет лежать уважение достоинства человека. Таков, как нам кажется, следующий этап углубления понятия научной ответственности».

Вместе с тем мы вынуждены констатировать, что создание этих *новых общественных связей*, которые могут проявляться и устанавливаться только при возникновении *коллективной чувствительности* (ее условия и обоснованность подтверждены в ходе неоспоримой этической дискуссии), оказывается по сути поставленным под сомнение бессодержательностью постановлений, которые, нередко будучи строгими и качественными, не в состоянии противостоять непобедимой стратегии сциентистской логики, часто отдающей предпочтение твердым аргументам, подтверждающим истинное *состояние дел*.

Упомянув таким образом о *тайных дебатах и вышедшей из строя биоэтике*, Éric Conan и Pierre Bouretz⁹ говорят о пессимизме и даже скептицизме, вновь вызванных к жизни, обострившихся под влиянием разрыва (постепенно становящегося непреодолимым) между постановлениями и намерениями о практических решениях.

Вместе с тем вопрос становится безотлагательным: позитивное право сегодня не может обеспечить того, чего от него ожидают, а именно — норм, определяющих законность или незаконность в области манипуляций с живым. Симптоматично, что этот «сбой» совпал с ясно выраженным повторным утверждением свободной воли экспериментатора. Этот неосциентизм в теоретическом плане проявляется в публикациях François Dagognet, который возвещает третью революцию. Галилей предоставил человеку мир, 1789 год передал ему свое политическое большинство, сегодня биология дарит ему возможность управлять живым. А в юридическом плане он одержал тайную, но убедительную победу, приняв закон от 20 декабря 1988 года об экспериментировании на человеке, даже при том, что Парламент не взял на себя труд провести реальное обсуждение»¹⁰.

«Обезоруживающий пессимизм, овладевающий также теми, кто полагает, что если удвоить скорость по-прежнему не начатых дебатов, то мастерское, хитрое и быстрое давление отдельных лиц обеспечит отрыв, достаточный, чтобы удовлетворить их заветные желания (всегда порождаемые наилучшими чувствами). Так может продолжаться вплоть до того момента, когда утоление их желаний сможет обозначать начало переговоров о человеческом».

Чтобы убедиться в этом, достаточно перейти от предварительных переговоров о биоэтических дебатах во Франции (время, необходимое для эмпирических исследований условий возникновения достаточно зрелого *этического сознания*)¹¹ к образованию узаконенной и эффективной организации по этике¹².

Это означает, что следует не только безоговорочно допустить необходимость сосуществования при минимальном, но неустойчивом консенсусе различных логик (вытекающих из этики традиционной и этики утилитаристской)», но также найти способы гармоничного и адекватного подхода к практике демократически взятой на себя и разделенной ответственности. «Это касается, конечно, проблемы этики, но также (в особенности) и знаний. Человек грядущего, чтобы управлять,

должен будет уметь понимать»¹⁴. В то же время это проверка наших изобретательских способностей в условиях современной демократической жизни¹⁵, считающейся не только с чувствами и мнениями членов общества, но также и с условиями выработки решений практического порядка, которые вдохновляются ими.

Главное заключается в том, чтобы избежать успокоенности, приспособления к обстоятельствам, чтобы основными считать усилия по достижению прозрачности дебатов, социальной приемлемости последствий, которые могут возникнуть из-за сложности рассматриваемого выбора. Речь идет о том, чтобы уберечься, по мере возможности, от конфликтов, порожденных неопределенностью, которую демократическая система неизбежно повлечет за собой¹⁶. «Ибо то, что происходит в этот переходной период, — скорее повторное открытие жизни как таковой, несущей в себе и заставляющей почувствовать в каждом из живущих бесконечную силу как для саморазвития, так и для саморазрушения; жизни с ее упорным забытьём или тревогой, составляющими ее сущность»¹⁷.

УСЛОВИЯ ДИСКУССИИ

Рассуждая об *этике для технологической цивилизации*¹⁸, Hans Jonas говорит о новизне современного положения общества, которое должно *взять в руки* определенный процесс, по отношению к которому ему недостаточно ни ссылок и знаний, ни предсказательного восприятия ее возможного развития:

«Когда власть завоевала технология (что является никем не программируемой, безымянной революцией, которую вспять не повернуть), развитие приобрело такую форму, которую ранее невозможно было представить.

Совершенно ясно, что мы не сможем доверять «хитрости, присущей разуму в истории», что говорить о самодостаточном «смысле» становления было бы просто-напросто легкомыслием, что, следовательно, мы должны взять в свои руки (и каким-то образом воздействовать на него) процесс, который побуждает двигаться вперед без заранее известной цели».

Каким образом проводить обсуждение и какими категориями руководствоваться при управлении зачастую *немыслимыми* ситуациями

в релятивистском моральном контексте¹⁹, где лишь единогласно принятая ценность опирается на понятие прав человека во многих аспектах, не действующих в области биоэтики?

Что является законным и как достигнуть совпадения позиций, подтверждающих специфические ценности, которые признаются лишь при обоюдной заинтересованности, и даже в условиях конфронтации, когда считаются с особенностями и чувствами?

Беспокоясь о средствах, *которые способствовали бы гуманизму и противостояли устаревшему менталитету*²⁰, Lucien Sève, член Национального консультативного комитета по этике (автор отчета Комитета «Биомедицинские исследования и уважение к человеческой личности»²¹ и директор Института марксистских исследований), признает оправданным призыв к *единодушию умов* в том, что касается *общественной биоэтики*. «Разумно ли в вопросах такого масштаба ориентироваться на широкое, и даже единогласное, согласие умов, когда эти вопросы в значительной степени затрагивают философские и религиозные убеждения, где они непримиримы? Вопрос кардинальный».

Таковы парадоксы современной ситуации (которая со многих точек зрения представляется гипертрофированной, и которую, разумеется, не просто изменить), касающейся инстанций этического предназначения (национальных, локальных, профессиональных, профессиональных, ассоциативных и т.д.). В результате организации общественных или частных диспутов, конференций, семинаров, курсов, а также нередко публикаций, представляющих большую ценность, возможно, удастся не допустить распространения идеологии значительности и неотложности, которая полагает, будто ее предназначение — детерминировать выбор, неоспоримый и решительный с законодательной точки зрения.

Даже тогда, когда во Франции утверждается демократический подход к вопросам биоэтики, есть все основания думать, что существует опасность, заключающаяся в несвоевременном рассмотрении биоэтических вопросов теми инстанциями, которые считают, что занимаются главным образом *восполнением пробелов в юриспруденции*. Есть все основания полагать, что наше общество неспособно взять на себя ответственность в развивающихся переговорах о связи общества непосредственно с вопросами биоэтики.

С этой точки зрения последний опрос²² должен был выявить степень готовности сторонников *всего законного* прийти к консенсусу: по такому существенному вопросу как новые методы зачатия, закон в определении норм при решении данной проблемы связывают прежде всего с врачами (независимо от числа поданных голосов). Отметим, что 20 из 100 опрошенных проявили негативное отношение к вопросу об определении норм.

По справедливости часть ответственности должна быть разделена в рамках открытой, плюралистической и конструктивной дискуссии, проводимой путем переговоров, объединяющей партнеров по дискуссии, в которой следует избегать идеологических отклонений или действий, компрометирующих предпринимаемые усилия.

В связи с этим Национальный консультативный комитет по этике 23 октября 1984 года выразил свою точку зрения достаточно однозначно, сформулировав «Мнение об этических проблемах, возникающих вследствие применения методов искусственного воспроизведения»: «Комитет по этике пришел к выводу, что дискуссия об интересах будущего ребенка и правах родителей должна проходить более открыто, опрос и слушания по всем вопросам — более торжественно. К ним следовало бы подключить граждан, представляющих самые различные слои общества. По сравнению с тем, что было сделано за рубежом, этот широкий публичный опрос мог бы способствовать выдвижению более зрелых идей по обсуждаемой теме; открытость отвечает этической задаче».

В конечном итоге то же самое, хотя и другими словами, высказал Hubert Curien²³ по поводу предварительного проекта Закона о науках о жизни и правах человека, разработанного межминистерской рабочей группой «Биоэтика и право», которой руководит Guy Braibant: «Базовые понятия, на которых покоилось бы законодательство, возможно, еще недостаточно ясно определены, вот почему законодатель рискует искусственно «приостанавливать» дискуссию и даже поднимать больше проблем, чем можно было бы решить. Глубинные проблемы и философские вопросы, предусмотренные предварительным проектом Braibant, со всей очевидностью требуют предварительного и углубленного обсуждения как в правовых и научных кругах, так и более широко, среди населения».

МЕЖДУНАРОДНЫЙ МАСШТАБ

С о многих точек зрения создается впечатление, что позиция, выраженная г-жой Michèle Barzac²⁴, которая настаивает на организации национального обсуждения биоэтики, примирит требования этики и права. Будучи сторонницей законодательных мер в столь быстро развивающейся области, но при необходимости соглашаясь с текстом «закона-рамки», в котором отражены некоторые основные принципы, бывший министр здравоохранения в отношении референдума народной инициативы склоняется к демократической законности, при которой аргументированное выражение и сопоставление являются гарантами ценностей, стоящих на страже наших основных свобод: «Другими словами, сегодня мы открываем для себя, что если наше общество не выработает реакции этического порядка на достижения науки, оно рискует отступить от истины и превратиться в слепца»²⁵.

Такое осознание с вытекающими из него решениями приемлемо только в рамках отныне открытых дебатов в европейском и даже международном масштабе по вопросам, порожденным биотехнологиями.

В ходе Европейской конференции по биоэтике в Майянце (7-9 ноября 1988 года) Европейское содружество представило резолюции, которые стали предметом доклада, одобренного Парламентской ассамблеей в Страсбурге 2 февраля 1989 года: «Парламентарии приглашают правительства стран-членов срочно создать национальные или региональные междисциплинарные инстанции, в обязанности которых будет входить информирование общественности и государственных властей о научно-техническом прогрессе в эмбриологии и в исследованиях по биологическому экспериментированию.

Парламентская ассамблея наконец объявляет о создании междисциплинарной международной инстанции, задача которой — поддерживать аналогичные шаги, за которыми следуют национальные инстанции, а также избежать создания «генетических убежищ».

В ходе 17-й Конференции министров юстиции стран Европы, проходившей в Стамбуле с 5 по 7 июня 1990 года, была принята Резолюция № 3 относительно этики, рекомендующая:

«I. Передать Экспертному комитету по биоэтике (САНВИ) полномочия:

- а) по определению в сжатые сроки первоочередных вопросов;
- б) по изучению возможности выработки «конвенции-рамки», открытой для государств, не являющихся членами, в которой бы содержались общие для всех нормы по защите человеческой личности в контексте развития биомедицинских наук.

II. Обеспечить ресурсы, необходимые для проведения этой деятельности, с оперативностью, которой она заслуживает».

Сегодня стоит вопрос о создании Комитета по этике под эгидой Совета Европы. Совершенно очевидно, что, исходя из требования и желания договоренности и разработки на различных уровнях социополитической реальности, комитеты по этике уже сегодня должны стать безусловно законными и найти средства, способные обеспечить надлежащее качество деятельности инстанции для обсуждений, признанной и задействованной на установление общих норм, в каком-то отношении оправданных как ограничивающие крайности и злоупотребления в осуществлении полномочий, которые в сфере биоэтики зарекомендовали себя не считающимися с демократическими принципами и ценностями, на которых базируется наше общество.

Таким образом, истинно этическое осознание позволит не только обсуждать, но и воспринимать, принимать и интегрировать последствия, связанные с новыми условиями человеческого существования — развивающимися, проблемными и, при всем этом, несущими в себе столько надежд, смысла и стремления к консенсусу. «Этика не заявляет о себе. Формулирование ее принципов — элемент коллективной и индивидуальной рефлексии. Это приглашение к обсуждению вопросов, побуждение к разрешению их. Она не может быть навязчивой»²⁶.

Тщетно было бы ожидать завершенности от тезисов лишь о частичном подходе к вопросам, которые могли бы поднять биоэтику на высоту действительно широкого обсуждения.

Мы ощущаем необходимость подобного заявления, но вместе с тем и сложность постижения условий взвешенного, плю-ралистского и конструктивного доступа к пространству, предназначенному для сознательного распределения значительной ответственности.

Это несомненно повлечет за собой обращение к нашим традициям или личным чувствам, но кроме этого, и к способности получать

знания, необходимые для понимания, и, следовательно, для управления культурными потрясениями и биотехнологическими эволюциями, современниками которых мы являемся.

В этом заключается ценность биоэтики, одушевленной глубокой этической заботой о безусловной свободе, которую придает ей законность.

1. Jean BERNARD, *Libération*, 15 décembre 1986.
2. Jean BERNARD, «Respecter la science et la personne», беседа с д-ром Escoffier-Lambiotte, *Le Monde*, 29 janvier 1986.
3. Henri ATLAN, *Entre le cristal et la fumée. Essai sur l'organisation du vivant*, Paris, éd. du Seuil, 1979.
4. Jacques TESTART, *L'OEuf transparent*, Paris, Flammarion, 1986.
5. *Science de la vie — De l'éthique au droit, étude du Conseil d'État*, Paris, La Documentation française, 1988.
6. Michel HENRY, *La Barbarie*, Paris, Grasset, 1987.
7. Martin ADLER, «La science de la culture», *Esprit*, № 128, juillet 1987.
8. *Le livre blanc des recommandations, colloquium Patrimoine génétique et droits de l'homme*, 25-28 октября 1989 (предисловие François Gros и Gérard Hubert), Paris, Osiris, 1990.
9. Eric CONAN, Pierre BOURETZ, «La bioéthique en panne. Un débat dérobé», *Esprit*, № 156, novembre 1989.
10. «Les députés réglementent la recherche biomédicale», *Le Monde*, 14 décembre 1988: «В понедельник, 12 декабря, Национальная ассамблея в узком кругу (на заседании присутствовало четверо депутатов) и на скорую руку рассмотрела предложенный г-дами Huriet и Sérusclat закон о биомедицинских исследованиях».
11. Jacques MONOD, «Manifeste en faveur de l'euthanasie», *The Humanist*, juin 1974, *Le Quotidien du médecin*, 29 juin 1974.
12. Claudine ESCOFFIER-LAMBIOTTE, «M.Mitterand installe le Comité nationale d'éthique», *Le Monde*, 5 décembre 1983.
13. Alain LEPLEGE, *Éthique et méthodologie*, сообщение на информационном дне Комитета по этике исследований, клиника Анри-Мондор (Henri Mondor), Кретея (Créteil), 5 декабря 1989 года: «Итак, мы стоим перед двумя логически несовместимыми способами подхода к решению этических проблем. С одной стороны, — традиционная этика (опирающаяся на многие иерархизованные принципы, к регулированию которых, то есть лимитации извне, стремится медицинская практика), а с другой стороны — только утилитарная этика, опирающаяся на единственный принцип, стремя-

щаяся оптимизировать деятельность врачей, имея в виду наилучший из всех возможных эффект. В первом случае задачи абсолютные, и раз уж они когда-то были идентифицированы, то должны непременно выполняться. В другом мы имеем дело с менее ригористской этикой, для которой то, что определено как «благо», может в некоторой степени быть адаптировано к обстоятельствам. Эта двойственность не была бы отрицательным моментом, если бы окончательные суждения были сходными, несмотря на способ их достижения. Но, к сожалению, как мы только что видели, это далеко не так. Вот почему важно изучить, что влияло на выбор наших теоретических рамок».

14. Jean-Claude PECKER, «Pour une culture scientifique», Le Monde, 16 décembre 1987.
15. Michèle BARZACH, Pouvoir sur la vie, pouvoir sur la mort, дни, посвященные открытию кафедры еврейской медицинской этики, центр Rachi, Париж, 27 сентября 1989 года: «Вопрос просматривается между строк, и мне кажется, что это просто-напросто вопрос демократии. Действительно, начиная с момента, когда речь шла об определении коллективного выбора, об идентификации эталонных значений, мы сталкиваемся с проблемой, которую просто сформулировать, но сложно разрешить. Кто решает? Кто определяет границы? Какая власть имеет достаточно оснований для того, чтобы побуждать, рекомендовать, а в случае необходимости запрещать? Как достичь того, чтобы каждый высказывался по совести, но вместе с тем не потерять из виду коллективного интереса? Все эти вопросы показывают, что этика превратилась сегодня в одну из «новых границ» демократии, то есть в одну из областей, в которых наиболее ясно проявляется недостаточность нашей практической демократии. Речь идет не о том, чтобы подвергать сомнению традиционный принцип народной суверенности или привычные каналы его выражения, начиная со всеобщего избирательного права. Однако нужно изобрести новые способы расшифровки всеобщей воли».
16. Claude LEFORT, Essai sur la politique, XIXe et XXe siècles, Paris éd. du Seuil, 1986.
17. Henri-Bernard VERGOTE, De la déontologie à l'éthique ou le Retour de la prudence, Atelier européen Éthique et pouvoir sur la vie, Conseil de l'Europe, Strasbourg, 4 novembre 1988.
18. Hans JONAS, Le Principe responsabilité, une éthique pour la civilisation technologique, Paris, éd. du Cerf, 1990.
19. Paul VALADIER, La Pensée chrétienne dans le débat éthique contemporain, colloquium Éthique dans le débat public, Парижский католический институт, 19 января 1989 года: «А ведь вступить в дискуссию означало бы с точки зрения морали, что ни один императив не предполагает абсолюта, что, таким образом, следует принять множество точек зрения, что каж-

дую из них надлежит уважать наравне с другими. Следовательно, ни одна из них не стоит больше других. Трудно не истолковать это мнимое уважение или эту универсальную терпимость как признак релятивизма, а следовательно, как очевидное признание в том, что мы более не придерживаемся абсолютного характера морального императива. Дебатировать — это также принимать сомнение или критику другого, это допускать, что при любой оспариваемой позиции нравственная привязанность имеет больше общего с аффективным или социальным оправданием, с непреодолимыми предубеждениями, с добровольным ослеплением, чем с соответствием благу, честности и гармонии с самим собой. Не получается ли, что мы ожидаем от нравственности, чтобы она была оправданием или (всего лишь) предлогом для удовлетворения наших интересов или нашей низости? Не начинаем ли мы в таком случае сомнительную игру, по окончании которой сомнение поражает сами запреты и разрушает фундамент морали? Можно также добавить, что в общественных дискуссиях не может, не должно быть ни побежденного, ни победителя, особенно с точки зрения демократии. Не признать ли тогда, что целью дискуссии может быть только минимальное согласие в том, что наименее ценно для всех, что никого не тревожит или даже в том, что способствует безразличию или современным предрассудкам? Этот минимализм, возразят мне, ведет непосредственно к ослаблению традиций демократий, по сути, оправдывает и укрепляет индивидуализм, и таким образом делает невозможным принятие какого-либо решения, жесткого с точки зрения права или социальной практики».

20. Lucien SEVE, «A quoi sert la bioéthique? Comment favoriser un humanisme en acte contre les mentalités rétrogrades?», L'Humanité, 6 décembre 1985.
21. Recherche biomédicale et respect de la personne humaine, Paris, La Documentation française, 1987.
22. «A la recherche de valeurs», La Croix, 17 mars 1988. «Барометр» (опрос, проведенный Sofrés для La Croix, 23-26 февраля 1988 года по национальной выборке из 1 000 человек, представляющих население старше восемнадцати лет, по методу квот и стратификации по району и категории агломерации):
 - «Кто, по вашему мнению, должен устанавливать правила относительно новых методов оплодотворения (искусственное осеменение с помощью донора, суррогатные матери, оплодотворение *in vitro* и передача яйцеклеток)?
 - Врачи, в зависимости от обстоятельств: 33%
 - Комитеты по этике, объединяющие врачей, юристов, психологов, представителей церковной власти и т.д.: 22%
 - Парламент — через принятие закона путем голосования: 20%
 - Никто, не нужны никакие фиксированные правила: 20%.

23. Hubert CURIEN, «Une législation sur la bioéthique», *Le Monde*, 27 octobre 1989.
24. Michèle BARZACH, «Il faut un grand débat national sur la bioéthique», беседа с Jean-Pol Durand, *Le Quotidien du médecin*, 23 mai 1990: «Мы организуем либо парламентские дебаты (а наша оппозиция Лорану Фабиусу вытекает именно из этой идеи), чтобы быстро выработать «закон-рамку», альтернативный проекту Braibant и основывающийся на нескольких основных принципах, измененных на европейском и международном уровне, либо широкие национальные дебаты, которые, возможно, завершатся референдумом о целесообразности принятия закона. Важно, чтобы этому предшествовала воспитательная акция. В противном случае через непродолжительное время мы увидим, как взлетят на воздух некоторые культурные основы, связанные с определением начала и конца жизни. Я полагаю, что эта тема — истинный продукт общества, в котором традиционные политические расслоения не имеют серьезного значения. Помимо проблемы собственно биоэтической встает вопрос о дефиниции демократии, в которой определяются и затем фиксируются границы, а также вопрос о том, на каком этапе граждане участвуют в принятии решения».
25. См. прим. 15: «Когда речь идет о способе выражения этической задачи, то вторым по степени важности является вопрос о том, чтобы советоваться с народом. Я действительно убежден, что проблемы, которые мы рассматриваем сегодня, могут и должны составлять предмет непосредственного, насколько это возможно, коллективного выражения; остается лишь уточнить, в какой форме. Вот почему лично я благосклонно отношусь к институции народного референдума в нашей стране и считаю, что проведение подобного референдума по темам, относящимся к этике, будет безусловно полезным».
26. *Rapport sur les comités d'éthique locaux*, Comité consultatif national d'éthique, Paris, 7 novembre 1988.

ЭММАНУЭЛЬ ХИРШ

Философ. Продюсер «Франс-Кюльгюр». В частности, опубликовал
«*Médecine et éthique. Le devoir d'humanité*», изд-во Cerf, 1990;
сборники бесед по вопросам этики, изд-во Cerf

КОМИТЕТ ПО ЭТИКЕ: ИСТОРИЯ ОДНОЙ ПРОБЛЕМЫ

ШИРОКИЕ ДИСКУССИИ ПО ВОПРОСАМ БИМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ, НАЧАТЫЕ ЕЕ ПРИВЕРЖЕНЦАМИ В XX СТОЛЕТИИ, РАСПРОСТРАНИЛИСЬ ПО ВСЕМУ МИРУ И ПРИНЯЛИ РАЗНООБРАЗНЫЕ ФОРМЫ. МОЖНО ЛИ ОПРЕДЕЛИТЬ РОЛЬ, ПРОАНАЛИЗИРОВАТЬ И ОЦЕНИТЬ УЖЕ ЗАДЕЙСТВОВАННОЕ В СОЗДАНИИ И РАБОТЕ КОМИТЕТОВ ПО ЭТИКЕ, НЕ ЗАДАВАЯСЬ ВОПРОСОМ ОБ ИХ ИСТОРИЧЕСКИХ КОРНЯХ?

Свидетельства ученых конца XIX — начала XX столетия говорят о различных политических движениях самых бедных народов за утверждение своего достоинства в конфликте с государствами, которые обрекали их на голодную смерть еще до того как они смогли научиться читать и писать. Картина, возникающая в ходе этих дебатов, меняется, и сегодня очень сложно связать — чтобы понять — современную ситуацию с ее предысторией.

Эти сложности представляют наибольшую опасность для современных демократий, если учитывать влияние этих дебатов, а также истории этих демократий на будущее человечества. Как могут люди строить свое будущее, не принимая во внимание того, что его определяет, не учитывая уроков истории, даже если накопленный опыт и детерминированность определений остаются гипотетическими? Человеческие популяции Востока или Запада, Юга или Севера планеты Земля не пользуются одним и тем же языком, одним и тем же образным выражением своих мыслей. Но всем им свойственно одно: жить и умирать такими, какие они есть — относящимися к различным культурам, имеющими различные исторические ценности, — людьми с телом, душой, индивидуальностью и со своим общественным укладом.

История западных стран в XX столетии характеризуется возрастающей в промышленных странах ролью медико-социальных задач, опирающихся одновременно на развитие медицинских и биологических исследований и на новые формы политического строя. Но, как ни странно, нужно было дожить до второй половины столетия, а еще точ-

нее — до 80-х годов, чтобы увидеть как в результате политических дебатов, порожденных развитием биомедицинских исследований вследствие промышленного подъема;!, на национальном и международном уровне создаются комитеты по этике. Появление этих комитетов является следствием законов, декретов, административных предписаний и решений медицинских институций.

В наиболее богатых странах планеты постепенно устанавливались тесные связи между теми, кто определяет стратегию биомедицинских исследований, касающихся вопросов жизни и смерти, и политиками. Нам необходимо изучать многие моменты, касающиеся опыта этих комитетов по этике. Предстоит точнее определить исторические корни этих комитетов, их роль в нынешней ситуации. Что представляют они собой сегодня? Что необходимо сделать, чтобы они продолжали развиваться?

Сложности в решении этих вопросов заключаются прежде всего в том, чтобы привлечь общественное мнение к комитетам по этике как таковым. Предстоит разъяснить людям все, что касается комитетов: их статус, миссию, историю возникновения, сферы деятельности, интересы специалистов, входящих в их состав. Нередко полагают, будто комитеты по этике — дело врачей. Когда-то это действительно имело место и было исторически обоснованно. Однако теперь это уже не так, во всяком случае, не в такой степени. Многие ученые не стремятся узнать, что же представляют собой подобные комитеты, по крайней мере до тех пор, пока у них не возникает желание создать еще один, такой же. Недостаточно ясно, что представляют собой комитеты по этике в политическом плане. Подобные вопросы возникали с 1980-х годов, с которых и начинается их история. В заинтересованных странах движение встречало сильное сопротивление профессионалов и политиков, так как оно затрагивало не столько позиции существования и правила, как сами институции. Не обладая необходимой информацией, отказывая комитетам по этике подобного рода и всем другим действующим институциям в минимальной прозрачности и не обеспечивая организации этой прозрачности, можно придти к парадоксальному заключению. В современных условиях по мере того, как увеличивается количество комитетов по этике и ширятся иницилируемые ими дебаты, мы все менее в состоянии понять, что они собой представляют, каковы их исторические корни, чем они занимаются.

Опасность подобной ситуации, затрагивающей развитие различных направлений биомедицинских исследований, в правительствах промышленных стран оценивается по характеру сопротивления, которое, в свою очередь, зависит от расстановки сил в обществе. Создается крайне деликатная и сложная ситуация, поскольку речь идет о людях — о нас, о нашей этике, о нашей истории, о наших правах, поскольку речь идет о том, каким образом существующие институты используют новые знания и полномочия, которые все более нормализуют наше существование. При этом мы не всегда можем понять, как использовать приобретенные знания. У нас нет возможности непосредственно участвовать в принятии решений, хотя нас это касается напрямую. Подобная ситуация лишь еще более препятствует восприятию комитетов по этике и тех аспектов, от которых зависит их развитие: истории, становления, обоснованности существования в нынешних условиях и их действий в будущем.

Из сложившейся непростой сегодняшней ситуации с комитетами по этике необходимо сделать выводы. Мы должны участвовать в их работе, ибо без такого участия декларируемые принципы останутся лишь благими намерениями. Точно так же ощутить результаты их деятельности сегодня можно, лишь поняв, каким образом проводимая работа связана с историческими корнями этих комитетов. Взаимозависимость истории и современности связана как с проявлением этики в ее собственной истории («самопознание», по выражению Мишеля Фуко), так и с деятельностью комитетов по этике, их историей.

НЕОБХОДИМОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Даже если бы мы открывали для себя комитеты по этике, а затем — шаг за шагом — историю через их современное состояние, то и в таком случае можно было бы непосредственно переходить к изучению их исторических корней. Мрачной страницей в истории медицинской этики является то, что, сталкиваясь с необходимостью принять конкретное решение, касающееся той или иной сферы медицинской практики, приходилось обращаться либо ко многим врачам, либо в другие инстанции с тем, чтобы это решение стало «дозволенным», «рекомендованным», или чтобы с ним согласились. Об этом говорили мыслители, политические деятели, а позже и сами врачи. До того как в

необычайно специфических (после второй мировой войны) условиях были созданы коми нї її ДО этике, процедура принимала самые разнообразные формы.

Так, еще в XVI столетии Томас Мор предлагает прекращать страдания неизлечимых больных после консультации со священниками и магистратом: без такого одобрения их не сочтут «достойными быть положенными В землю или поглощенными огнем». Помимо согласия умертвить себя самому или с помощью других (это эвтаназия или самоубийство?), высказанного по убеждению и всегда добровольно, Томас Мор требует для того, кто хочет умереть, «согласия священников или Сената», в противном случае «его тело не подлежит захоронению, его с позором бросят куда-нибудь в болото». В XVII веке Фрэнсис Бэкон однозначно говорит о призвании медицины «служить тому, чтобы обеспечивать спокойную и легкую смерть» страдающим. В начале XX века Соединенные Штаты Америки пойдут еще дальше и предложат закон об эвтаназии. Они расширят процедуру по освидетельствованию до стерилизации некоторых популяций. Медицинская, социальная и политическая ситуация уже иная. В первом законном тексте об эвтаназии, принятом парламентом Огайо в 1906 году, недвусмысленно заявлено, что «любое лицо, пораженное неизлечимой болезнью, сопровождающейся сильными болями, может просить собрание комиссии, состоящее по меньшей мере из четырех лиц, вынести решение об уместности положить конец страданиям этой жизни». Такие умонастроения коснутся и других сфер, в частности сексуальной морали и стерилизации. Упомянув об «усилиях, предпринимаемых детьми, которым предстоит родиться», в своей книге «Человеческий отбор», опубликованной в 1919 году, Charles Richet возвращается к предложениям, выдвинутым в начале столетия А. Wylm (*La Morale sexuelle*, 1907), относительно «кроткой эвтаназии детей»: «Для чего позволять этим недостойным и неспособным детям жить, если можно избежать преступления их рождения? В один прекрасный день наука согласится со мной; наука непредвзятая и беспристрастная, наука, как и Природа, не ведающая ложной жалости, слуга юстиции и свободы... Таким образом, коллектив должен исключить возможность воспроизведения нездоровых особей».

В своей книге Charles Richet цитирует также закон Индианы 1907 года, вызвавший в различных американских штатах движение за стерилизацию «сумасшедших, слабоумных, эпилептиков...», в котором ого-

ворено создание комиссии экспертов. Подобные установки найдут свое отражение в законе, изданном (после беспрецедентной административной и медицинской подготовки) В гитлеровской Германии — о проведении, начиная с 1933 года, стерилизации. Этот закон о профилактике появления на свет наследственно больного потомства будет внимательнейшим образом изучаться в различных европейских университетах — медицинских и правовых. Компетентными полномочиями принимать решения обладал «суд по вопросам наследственного здоровья», подчиненный Трибуналу первой инстанции и состоявший из судей и врачей.

Как указывают в своих книгах Y.Ternon и S.Helman, стерилизация по евгеническому показанию была «прелюдией к резне душевнобольных». В соответствии с программой под кодовым названием «Aktion T4» (1939) медицинская комиссия должна была отбирать больных, которых следовало предать смерти из сострадания — «Gnadentod». Изучал досье по отбору, присланные директорами психиатрических клиник Германии, с тем чтобы произвести отбор пациентов, «обреченных на смерть», медицинский экспертный комитет. K.Brandt, врач, ответственный за выполнение этой программы, защищаясь перед Нюрнбергским трибуналом, судившим врачей, настаивал на том, что это решение было принято с полной врачебной ответственностью. Эта программа, остановленная в 1941 году самим Гитлером, послужит «банком экспериментов» (Л. Поляков) в геноциде европейских евреев, путем распространения на Восток «метода Брака» (по имени администратора, разработавшего техническую сторону умерщвления пациентов психиатрических клиник в газовых камерах).

Вопреки этим беспрецедентным преступлениям ни в медицинских учреждениях, ни в политических институциях, ни в самом обществе «это преступление против человечества» не послужило основанием для создания комитетов по этике. После второй мировой войны вновь будут разработаны проекты законов, возникнут социальные движения в защиту эвтаназии. Но создание упомянутых специальных медицинских экспертных комиссий можно связать с последующим созданием комитетов по этике — на основании двух общих для них черт: процедуры освидетельствования в целях получения согласия или принятия решения и сложности упоминаемых действий.

Различие между медицинскими комиссиями, созданными до и во время второй мировой войны, и комиссиями, основанными после

нее, состоит в специфическом характере некоторых из них, который впоследствии станет называться «этическим»; это произойдет после совершенно конкретного события — после приговора, вынесенного немецким врачам в Нюрнберге в 1947 году. Именно взаимовлияние медицины и медицинской этики в период до и во время войны, приведшее к созданию международного трибунала для суда над преступниками, и то, как повлияло вынесение приговора на создание комитетов по этике, является основным в расстановке политических сил конца века, вследствие значения этих событий для развития международных прав человека. Сложность же в это взаимовлияние вносят многочисленные процедуры, которые одна страна будет предлагать другой, ради принятия решений о деятельности в сфере биомедицинских исследований (решений все более многочисленных и проблемных), о действиях все более и более серьезных; при этом будет наблюдаться попытка сократить количество требований, выработанных в ходе процесса над врачами в Нюрнберге или, во всяком случае, преобразовать их.

ЭТАПЫ СОЗДАНИЯ

Эти изменения происходили после второй мировой войны, по сути, вокруг двух основных полюсов, каждый из которых станет истоком двух различных типов комитетов по этике; впрочем, те, кто недостаточно знаком с историей их возникновения, нередко их путают. Речь идет о медицинских комитетах по этике (призванных давать ответы на вопросы экспериментальной медицины) и о национальных комитетах по этике, созданных государственными властями тогда, когда стали рождаться дети, зачатые *in vitro*. Итак, следует более точно разграничить два различных периода в создании комитетов по этике: создание комитетов по этике врачами и создание комитетов по этике государственными властями.

Как ни странно, но комитеты по этике не были созданы ни непосредственно после второй мировой войны, ни сразу после процесса над врачами. Как ни странно, но и реакция на военные преступления, несмотря на то, что мир был потрясен, узнав о них (кстати, узнавал он о них чаще всего во время процессов и в частности во время демонстрации на этих процессах аудиовизуальных, кинематографических свидетельств), была различной и зависела от профессиональной и на-

циональной принадлежности. Врачи отреагируют на двух уровнях: международном (Всемирной медицинской ассоциации) и национальном — в зависимости от социальных и политических условий, характерных для культурных и исторических традиций данного народа. Но в их реакции будет преобладать профессиональный элемент: именно он повлияет на возникновение того, что сегодня называется искусственным оплодотворением, и что вызовет самый широкий политический и общественный резонанс.

Комитеты по этике действительно создавались поэтапно именно в ответ на развитие экспериментальной медицины, в ответ на резкое увеличение количества экспериментов с лечебной и нелечебной целями. Первый этап — основополагающий, он включает процесс над врачами и провозглашение, в день вынесения приговора, десяти норм врачебной этики, основанных на «общей законной способности» субъекта давать согласие на участие в эксперименте. Это требование повторено в статье 7 Международного пакта, касающегося гражданских и политических прав (запрет на пытки и запрет на медицинское и научное экспериментирование без получения добровольного согласия субъекта). Вопреки этим двум требованиям, провозглашенным на международном уровне с учетом этики и политики, с привлечением индивидов и государств, врачи (именно они обязаны, опираясь на «Нюрнбергский кодекс», соблюдать эти требования в своей профессиональной деятельности) мало-помалу придут, в ходе дальнейших исследований, к неоднозначной трансформации этих требований. К этому будут причастны две институции: одна медицинская — Всемирная медицинская ассоциация (АММ), вторая — особая институция ООН, что обуславливает различный подход индивидов и государств.

Первыми отреагировали врачи. Всемирная медицинская ассоциация в 1948 году обнародовала в дополнение к Клятве Гиппократа, не признававшейся во время процесса, Женевскую клятву, затем — в 1949 году — был опубликован первый Международный кодекс медицинской этики. Все это положило начало целому ряду директив, разработанных для врачей, врачами и с участием врачей. Такова была реакция на вопросы, поднятые в связи с преступлениями против гуманности, которые касались, как гласит Нюрнбергский кодекс, «человека-субъекта».

В этих текстах не найти ни одной конкретной ссылки на данные экспериментальной медицины. Лишь в первом варианте Хельсинской

Декларации 1964 года клинические исследования отделены от исследований неклинических. Именно в первом пересмотренном варианте этой декларации в 1975 году «Хельсинки II» более точно говорится о сути этих директив — руководить сознанием врачей, а инициаторам исследований рекомендуется проводить консультации с «независимым комитетом», уполномоченным обеспечить неукоснительное соблюдение этических принципов (в частности, заручиться согласием субъектов) при осуществлении протокола исследований. После принятия пересмотренной декларации ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения) и CIOMS (Совет всемирных организаций в сфере медицинских наук) приступили к консультациям в более чем 100 развивающихся странах, чтобы убедиться, что эти директивы можно переносить на промышленно неразвитые страны, в которых медицинская практика не столь тесно связана с проводимыми экспериментальными исследованиями.

Более четко предложение о создании «комитетов по этической оценке» сформулировано в Манильской декларации (1981), в международных директивах, которыми необходимо руководствоваться при проведении биомедицинских исследований с привлечением человека-субъекта. В большинстве развитых стран, начиная с 1970-х годов, подобные комитеты, под влиянием американских медицинских учреждений, уже созданы. Но о призыве, содержащемся в международных директивах, чаще всего забывают; он же утверждает: «Нюрнбергский кодекс и первоначальная Хельсинкская декларация 1964 года были заменены декларацией «Хельсинки II»... Это основной документ в этой области и он широко принят как таковой». После обнародования предложений ВОЗ и CIOMS комитеты по этике получили «гарантию» специального института ООН, но на самом деле они нередко не знали о существовании декларации, как не заботились и о том, чтобы обращаться к этим директивам, следуя требованиям Международной хартии прав человека. Следует ли отказаться от требования согласия, выдвигаемого в ходе консультаций в комиссиях, в комитетах по этике, состоящих из врачей, входящих в состав этих комиссий? Даже если в их состав иногда могут входить немедики, то нужна ли замена процедуры с привлечением конкретных людей? Если даже при этом удастся привлечь врачей к новой совместной работе, которая может стать плодотворной для всех, то, вероятно, следует начать с оценки вопросов, требующих такой

процедуры ради общественных свобод и требований международных прав человека. Такая оценка становится тем более необходимой, что увеличивается количество комитетов по этике, создаваемых на основе принципов, провозглашенных в Хельсинки и Маниле. Это произошло вследствие развития лечебных и нелечебных испытаний медикаментов, а также из-за экспериментирования с новыми методами и физиологическими тестами. Следует учитывать, что процедуры этической оценки нередко по-разному формулируют в различных директивах, при этом научная оценка также частично возлагается на комитеты по этике. «То, что не является научным, не является этическим», — говорят, грубо искажая принципы. При подобной оценке биологических и медицинских действий все может завершиться тем, что существующие комитеты по этике превратятся в новые инстанции — национальные комитеты по этике различного типа.

На основании вопросов, поднимаемых экспериментальной медициной и международными правами человека, можно выделить два типа национальных комитетов по этике: комитеты национальных институций, проводящих биомедицинские исследования, и американские комиссии, первые немедицинские национальные инстанции, созданные для решения этических вопросов, возникающих в ходе биомедицинских исследований. Ранее комитеты национальных институций, проводящих биомедицинские исследования, не были ориентированы в подобном плане. При расширении участия человека-субъекта в биомедицинских экспериментах они довольно быстро стали придерживаться требований международных прав человека. Возможно, значение комитетов по этике было бы еще большим, если бы не молчание правительств? Возникла и еще одна проблема: их несоответствие (различным образом проявляющееся в разных странах) новым биомедицинским экспериментальным направлениям, в частности тем, которые имели отношение к зачатию человека *in vitro*.

В то время как в различных странах национальные исследовательские институции создавали национальные комитеты по медицинской этике в своих институциях или в аналогичных структурах (Франция — INSERM, 1974; Дания Сонет по медицине ким исследованиям, 1978; Канада — Совет по медицинским исследованиям, который в 1978 году опубликовал перечень консультативных процедур для комитетов по этике исследований), Соединенные Штаты Америки создавали На-

циональную комиссию по защите человека-субъекта при проведении биомедицинских и поведенческих исследований, которая в 1978 году опубликовала результаты своих работ, в частности «Rapport Belmont», об этических принципах и директивах по защите человека-субъекта при исследованиях. Эта комиссия была инициатором создания при министерстве здравоохранения Консультативного бюро по этике (Ethics advisory board) в области исследований, связанных с оплодотворением *in vitro* и переносом зародыша. Выводы этого бюро были обнародованы в 1979 году. Это была первая работа и первый комитет по этике в сфере биомедицинских преобразований при зачатии человека.

После рождения Луизы Браун в Лондоне в 1978 году в большинстве промышленно развитых стран были созданы различные типы комитетов по этике, в компетенцию которых вошли вопросы, относящиеся к оплодотворению *in vitro*, переносу зародыша и исследованиям, проводимых на человеческом эмбрионе. Эти комитеты в некоторых аспектах функционирования повторяли американскую модель. Их отличительной чертой было то, что особое внимание уделялось биомедицинской деятельности, трансформирующей зачатие человека. Нередко такие методы называют «новыми способами воспроизведения», не отдавая себе отчета в том, что в действительности речь идет о зачатии и рождении человека. Это консультативные органы, они достаточно широко проводят референдумы по правовым, этическим, политическим и социальным вопросам, связанным с этой деятельностью. Они имеют ограниченный во времени мандат, обычно — два-три года. Они не касаются других аспектов этической сферы исследований. Таким образом, в одной и той же стране увеличивается число комитетов по этике, созданных либо при медицинских заведениях, либо при других общественных или политических институциях. Они различными путями добиваются выработки сложных предложений — когда оказывается вовсе не просто создать постоянные этические и политические инстанции или когда правительства не реагируют на выдвигаемые требования.

Так, Комитет Warnock в Великобритании предложил создать политическую инстанцию, учредителями которой не были бы официальные власти — Совет по медицинским исследованиям. Предполагалось, что эта добровольная промежуточная инстанция возьмет на себя последующее развитие центров FIV. Что касается вышеупомянутого аме-

риканского доклада, то в нем признано, что оплодотворение *in vitro* и перенос зародыша этически приемлемы. Однако в нем содержится требование, чтобы федеральное правительство взяло на себя определенные обязательства. Ранее федеральное правительство не пожелало выделить средства, предназначенные для развития этого направления. Одна за другой создавались национальные комиссии, которые, однако, не финансировались и не смогли выработать удовлетворительных предложений, касающихся этого вопроса, слишком тонкого для современных политиков. Единственным государством, которое организовало длительные и серьезные дебаты по биомедицинским исследованиям, касающимся человеческого зародыша, была Франция. Во Франции INSERM в 1974 году создал Национальный консультативный комитет по этике в области наук о жизни и здоровье, по сути соответствующий аналогичным комитетам в других странах. В 1980-е годы создавались клинические комитеты по этике в клинко-университетских центрах. В 1982 году во Франции родился ребенок, зачатый *in vitro*. Исследовательские группы консультировались комитетами по этике INSERM и органами государственного попечительства в Париже, которые дали согласие на развитие исследований. По решению генерального директора INSERM P.Lazar, министра исследований J.-P. Chevènement, а позже — Президента Республики Ф.Миттерана Комитет по этике INSERM декретом был преобразован в самостоятельную структуру при министерствах здравоохранения и исследований — Национальный консультативный комитет по этике в области наук о жизни и здоровье.

ЭТИЧЕСКАЯ РАБОТА

Его миссия, способ функционирования, деятельность были и сегодня остаются определяющими по многим пунктам. Несомненно, впервые в политической истории человечества этическая работа в полной мере послужила основой при проведении биомедицинских исследований. Непросто представить, как это удалось осуществить. Основное в опыте Национального консультативного комитета по этике — это долговременность его существования (не ограниченная ранее предполагавшимся кратким сроком), его состав (члены назначаются властями, но представляют только самих себя), его миссия (высказывать свое мнение по нравственным вопросам, возникающим в ходе исследова-

ний в области медицины, биологии и здоровья, при этом исследователи не ограничены сферой зачатия человека *in vitro* или исследования человеческого зародыша). Второй существенный аспект — доступность работ Комитета (публикация ежегодного отчета, информационных листков и проч.), открытость информации, которой он располагает (при нем функционирует центр документации и информации), его готовность вести общественные дебаты (каждый год он организует в различных городах дни открытых дверей). Третий важный аспект — его роль инициатора в организации этической работы повсюду, где только возможно: в медицинских заведениях (работа с INSERM), в школах, в учреждениях культуры. Проводятся широкие дискуссии в национальном и международном масштабе, проводится работа с теми, кто стремится осуществлять свою деятельность, не отходя от демократических принципов.

Комитет выполняет свои задачи без излишней шумихи (могло ли быть иначе при его специфике!); средства, которыми он располагает, недостаточны. Но несмотря на это, Комитет существует, деятельность его расширяется, и это — при явном недостатке других институций, появление которых, при условии подобной открытости, приведет нас к неизведанным тропам истории человечества, которые мы воспринимаем как нашу собственную историю, где медицинская этика резко контрастирует с правами, которые сами мы и создали в XX столетии. Таким образом, необходимо задействовать все возможности для выполнения этической работы, которую необходимо проводить со всеми и повсюду, где только позволяют условия.

Конечно, при важности задачи и сложности привлекаемых структур (комитетов по этике и демократических институций, неоднозначных самих по себе) легко понять, что вовсе непросто выполнять работу и продвигаться вперед, не сталкиваясь с многочисленными кознями: игнорирование знания, злоупотребление властью со стороны институций и, наконец, риск, связанный с извращенной или извращаемой позицией. Достаточно проследить в каждой стране за реакцией на дебаты, происходящие в различных слоях общества. Пример Франции — наиболее яркий, он позволяет лучше рассмотреть комплекс вопросов, возникших сегодня в связи с все более неоднозначным развитием комитетов по этике и направлений их деятельности.

Во Франции, начиная с момента создания НККЭ, чуть ли не ежегодно какое-нибудь политическое событие коренным образом влияло на НККЭ, профессионалов, политических деятелей и, постепенно, но более фундаментально — на граждан. 1984 год — первые ежегодные Дни этики (*Rapport 1984 du CCNE*, изд-во *La Documentation française*, 1985); 1985 год — colloquium, организованный государственными властями, «Генетика, рождение и право» (материалы опубликованы изд-вом *Actes Sud*, 1985); 1986 год — национальное совещание по искусственному оплодотворению (*La Documentation française*, 1986); 1987 год — доклад Секции исследований Государственного совета на тему «Науки о жизни: от этики к праву» (*La Documentation française*, 1988); 1988 год — закон о защите лиц, которые согласились участвовать в биомедицинских исследованиях (Закон № 88-1138, JO 22-12-88; 26-1-90; 29-1-90; 3-1090); 1989 год — предварительный проект закона, представленный на рассмотрение премьер-министру рабочей группой «Биоэтика и право», на тему «Науки о жизни и права человека» и основание одним из парламентариев ассоциации «Этика и общество»; 1990 год — на основе предложений двух комиссий (парламентской и правительственной) в соответствии с законом 1901 при Министерстве исследований создана Ассоциация Декарт, где начаты работы в рамках Европейской биоэтической обсерватории. Эти исследования проводятся совместно с комитетом поддержки и при практическом участии членов Национального консультативного комитета по этике. Этот проект, судя по всему, поддерживает проблематичное предложение, высказанное Советом Европы на первом заседании по биоэтике в 1989 году, — о создании Европейского биоэтического комитета.

Создается впечатление, что конец 1990 года ускорил эти работы, удивительным образом политизировав их, с учетом уже выполненного Национальным консультативным комитетом по этике. В декабре один из французских парламентариев вносит в Европейский парламент предложение о создании Европейской биоэтической обсерватории для «проведения междисциплинарных исследований в области биоэтического образования и для достижения договоренности между парламентами двенадцати европейских стран и парламентариями стран — членов Совета Европы». Похоже, что на базе биоэтики возводится некий мост между европейскими сообществами и Советом Европы, который дипломатическими методами построить сложно. Кем возводится? С какими целями?

В 1990 году в рамках ежегодных Дней этики госпожа Генеральный секретарь Совета Европы, продолжая развивать это направление, представила работы по биоэтике комитета экспертов Совета Европы, САНВИ, опять-таки не дав определения, что же такое «биоэтика», о которой столько говорится. И она же объявила о создании Европейского комитета по этике, не объяснив дополнительно, как этот комитет мог быть создан без прохождения обязательной международной процедуры, подобной процедурам САНВИ или хотя бы тем, которые проводятся нынче, а по сути не соответствуют процедурам комитета по этике. Не было уточнено, как на международном уровне, при авторитетном представительстве государств мог быть создан консультативный комитет по этике (безусловно — консультативный, ибо никакой другой статус не соответствует этической миссии). Если использовавшиеся приемы не подходят для создания комитета по этике, то к какой процедуре следовало прибегнуть? Кто ее утверждает? Как будут проходить широкие дебаты? Эти вопросы становятся неотложными в связи с началом комплексной работы, которая обуславливает значительные изменения в том, что некоторые, в частности врачи и биологи, называют биоэтикой, юристы — французской правовой доктриной, но что в любом случае содержит ключевые этические и политические проблемы. Одновременно нельзя игнорировать зарождающиеся проблемы, представляющие некоторую опасность для демократизации выполняемой задачи: кто и о чем информирован? Что делают, что могут сделать граждане? Как политические институты, которые все более стремятся постигнуть этические вопросы, организуют обсуждение, необходимое для привлечения граждан к соответствующим исследованиям? Как исследовательские институты реагируют на работы, которые не опираются ни на исследовательские методы, признанные научными еще до второй мировой войны, ни на используемые в настоящее время? Каким образом граждане могут узнать о местах исследований, подверженных политическим трансформациям, которые чаще всего являются результатом невыполнимых демократических обещаний'?

Намечаются еще более специфические проблемы, сложные для восприятия, формулировки и обсуждения, потому что корнями они уходят в многочисленные исторические слои, влияние которых на современность еще предстоит оценить. Можно назвать некоторые из них — те, что очевидны уже сейчас, и которые вместе с тем могут раз-

виваться в зависимости от того, как они будут решаться. Но для того, чтобы лучше предвидеть и понимать, что нужно делать в связи со стремительным ростом числа комитетов по этике в ситуации национальной и международной политизации, необходимо выделить по меньшей мере пять основных трансформаций в их деятельности, начиная с их возникновения после Нюрнбергского процесса и после обсуждения и создания Нюрнбергского кодекса.

Первая трансформация: продолжая опираться на Нюрнбергский кодекс (переведенный на французский для «внедрения в медицину»), на Международную хартию прав человека, медицинские учреждения создают комитеты по этике (локальные, региональные или национальные). Вопрос лишь в том, соответствуют ли они международным требованиям. К этому уровню изменений можно отнести два направления деятельности: работу медицинских комитетов по этике, созданных в странах, где некоторых врачей преследовали за пытки или «нечеловеческое обращение» (Уругвай, Аргентина, Турция), и работу различных ассоциаций гуманитарной медицины, таких как «Врачи, не знающие границ», «Врачи мира»... Постепенно и здесь деонтологические требования врачей стали расходиться с признанными во всем мире правами человека. Даже если проводимой работе сопутствуют особенные сложности, которые возникают при удовлетворении этих требований, то это происходит — и это первый существенный шаг — на национальном и международном уровнях. Об этом свидетельствует семинар по международной амнистии, проведенный Французской медицинской комиссией в Париже в 1989 году или Европейская хартия гуманитарной акции, провозглашенная «Врачами мира» в 1990 году в Кракове. Особенно важно доводить до всеобщего сведения все, что делается для улучшения положения с пока еще недостаточно четко сформулированными вопросами.

Вторая трансформация: медицинские комитеты по этике восприимчивы к новым исследованиям, в частности к изучению человеческого зародыша. Эти комитеты становятся национальными и, как правило, специфическими; они добиваются принятия законов. Соответствуют ли эти комитеты и эти законы новым аспектам гуманистической ситуации, таким, как положение с замороженными человеческими зародышами в клиниках? Комитет переживает особую трансформацию, как было с INSERM во Франции, который положил начало Националь-

ному консультативному комитету по этике, а тот существенно расширил поле дебатов. Благодаря такому выходу за пределы деятельности любого комитета по этике основные задачи направлены на то, чтобы научить обдумывать цели и прогнозировать результаты проводимых исследований. Комитет в процессе повседневной работы и в проведении ежегодных Дней этики приступил к реализации пока еще трудно поддающегося восприятию замысла, призванного помочь осознанию индивидами своей этической позиции в условиях очень личных и одновременно социальных.

Другие трансформации связаны с изменениями, подобными тем, что произошли с НККЭ, которые позволили дать возможность открыть общественные дебаты по этическим вопросам. Но эта работа продвигается очень медленно. Нередко даже кажется, что она заканчивается там же, где и начиналась: закон о защите лиц, которые дали согласие на участие в биомедицинских исследованиях, оказался в сложном положении: между требованиями международных прав человека и традициями комитетов по этике, которые их обходят. Он предлагает создание «консультативных комитетов по защите лиц», ничего не говоря об этических вопросах, которые непременно возникнут при осуществлении подобной практики. В нем нет ни слова в частности об открытиях НККЭ, ни слова о существующих медицинских комитетах по этике. Неловкое положение законодателя понятно, но помимо явных противоречий важен еще один пункт, касающийся этой ситуации: кто располагает информацией? Кто понимает всю сложность процесса узаконивания, охватывающего одновременно вопросы этические и вопросы о международных правах человека? Каково будущее НККЭ?

Пятый аспект происходящих трансформаций менее ясен: как следует понимать то, что Совет Европы, опирающийся на «хартию этики», согласно верному выражению г-на Badinter, президента Конституционного совета (Европейская конвенция по защите прав человека и основных свобод), мог предложить (опираясь на опыт НККЭ, который предоставляет слово людям) способы функционирования и процедуры экспертизы по этическим проблемам биомедицинских исследований (причина которых — в острейшем кризисе европейской мысли XX столетия), по вопросам медицинской этики и международных прав человека? Можно ли говорить о междисципли-

нарных инстанциях, когда предстоит еще столько сделать в области этической и политической работы по ряду направлений?

Все эти вопросы всплывают по мере формирования комитетов по этике, возникновение и деятельность которых контролировать сложно. В ряде случаев отмечено их образование в тех институциях, профессиональных и политических, руководство которых с трудом поддается демократизации. В сложившейся ситуации можно лишь надеяться, что люди проявят смелость и волю и найдут место, которое они должны занять, чтобы участвовать в проводимой работе.

ЛИТЕРАТУРА

F. BAYLE, *Croix gammée contre caducée. Les expériences humaines en Allemagne pendant la deuxième guerre mondiale*. Neustadt (Palatinat), Commission scientifique française des crimes de guerre, 1950.

The World Médical Association, Handbook of déclarations, 1985.

Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé: rapports annuels depuis 1984 avec publication des avis et des comptes rendus des Journées annuelles d'éthique; *Lettre d'information du Comité*, Paris, La Documentation française. *Avis de recherche sur l'embryon*, Arles, éd. Actes Sud, INSERM, 1988.

Comités d'éthique à travers le monde. Recherches un cours. Série annuelle. № 1 1986, № 2 1987, № 3 1988, № 4 1989. Paris, éd. Tierce médecine/ INSERM. *Histoire de la recherche biomédicale et droits de l'homme*, Dossier documentaire, Bureau de l'action culturelle, INSERM, 1990.

Ethique médicale et Droits de l'homme, Arles, éd. Actes Sud, INSERM, 1988. Amnesty International. Commission médicale de la section française et V. Marange, *Médecins tortionnaires, médecins résistants. Les professions de santé face aux violations des droits de l'homme*. Préf. de P. Ricœur, Paris, La Découverte, 1989. (Publication des travaux d'un séminaire international organisé à Paris en 1989 sur le thème: Médecine à risques: Servir ou subir la répression).

Médecins du Monde et A. Décotte, *Si tous les enfants du monde...* Paris, A. Michel, 1989.

C. AMBROSELLI, *L'éthique médicale*, Paris, PUF, 1988 (Que sais-je ? 2422); *Le Comité d'éthique*, Palis, PUF, 1990 (Que sais-je ? 2544).

J. BERNARD, *De la biologie à l'éthique. Nouveaux pouvoirs de la science*, Paris, Buchet/Chastel, 1990.

P. LAZAR, *Les Explorateurs de la santé*, Paris, éd. Odile Jacob, 1989

КЛЕР АМБРОСЕЛЛИ

Врач Национального института медицинских исследований в области здравоохранения (INSERM). Сотрудник Центра документации и информации в области наук о жизни и здоровье при НККЭ.

Автор ряда работ, в частности *L'Éthique médicale*, PUF, Que sais-je? 1988, *Le Comité d'éthique*, PUF, Que sais-je? 1990

3

В ПОИСКАХ БИОПРАВА

Этике предшествуют право и права. Может ли закон выполнять роль проводника или заграждения? В постоянном переосмысливании текстов в соответствии с новыми методами кроется опасность вынужденного чересчур поспешного принятия законов под давлением событий или лобби. Но все-таки, — не должны ли некоторые законодательные предписания исполняться неукоснительно, если мы хотим сохранить принципы, на которых зиждется гуманистическое общество, и которые защищают наиболее слабых?

ПОД ВЫСОКИМ ПОКРОВИТЕЛЬСТВОМ

ПРЕОДОЛЕВ МНОГОЧИСЛЕННЫЕ ТРУДНОСТИ, НАКОНЕЦ ВЫШЛИ В СВЕТ ЗАКОН О ЗАЩИТЕ ЛЮДЕЙ, КОТОРЫЕ СОГЛАСИЛИСЬ НА БИОМЕДИЦИНСКИЕ ИСПЫТАНИЯ (1988), И ДЕКРЕТЫ, КАСАЮЩИЕСЯ ЕГО ПРИМЕНЕНИЯ (1990). НО ЭТИ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ АКТЫ РАССЧИТАНЫ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО НА ЮРИСТОВ. ОКАЖУТ ЛИ СОПРОТИВЛЕНИЕ МЕДИКИ И ИССЛЕДОВАТЕЛИ?

Даже в те времена, когда медицина была лишь эмпирическим занятием, лучшим из тех, к кому обращались за консультацией, оказывался врач, умевший извлечь пользу из того, что уже наблюдал подобные болезни. Иначе говоря, способствовавшие продвижению медицины в плане клиническом, относительно отдельного больного выполняли одновременно две задачи: лечить его как можно лучше на уровне современных знаний, приобретенных на основе предшествующего опыта, и, используя наблюдения за данным больным, обогатить свои навыки и в дальнейшем применить их при лечении других больных.

Становясь все более научной, медицина усложнила двойную функцию врача. В прошлом врач пользовался своим опытом лишь для наблюдения данного конкретного случая. Таким образом, ему не казалось, что он меняет свой подход в зависимости от применяемых методов исследования. В настоящее время, принимая участие в клинических испытаниях, он включает больного в опыт согласно протоколу, составляемому специально для оценки эффективности того или иного препарата или способа лечения. Даже если врач исключительно точно придерживается протокола, у него может создаться впечатление, что он подчиняет отдельный случай общечеловеческой пользе. Больной же может считаться объектом эксперимента, подопытным кроликом. На самом деле мы видим, что, за исключением участия в 1-й фазе (на переносимость), больной всегда извлекает потенциальную выгоду из своего участия в опыте. Итак, он ни в коем случае не может быть приравнен к кролику, который служит для проведения опытов, не получая от этого никакой пользы.

Совершенно ясно, что выполнять такое двойное моральное обязательство — по отношению к индивидууму и к коллективу — задача деликатная. Надлежит найти разумное равновесие между личной и коллективной этикой, которые по сути противостоят друг другу.

Любой практикующий врач знает, что лечение больного, даже при достоверном диагнозе и назначении известных лекарств, — всегда эксперимент. Лекарство, будучи эффективным, никогда не шшяется таковым на 100%. Порой оно может вызвать нежелательные эффекты — в основном, несущественные, но иногда тяжелые. Вместе с тем зона неведомого значительно сузилась благодаря экспертизе, которой подвергаются новые медикаменты до получения разрешения на продажу. Такие ограничения возникли не вдруг, а постепенно, начиная с конца предыдущего столетия. Власти были вынуждены ввести подобные ограничения в основном из-за шумных скандалов, связанных с лекарствами. Например, применение в 1952 году присыпки Baumol® повлекло за собой смерть 73 маленьких детей; Stalinon®, предписанный в 1956 году при фурункулезе, стал причиной смерти 100 человек; Thalidomide®, применявшийся в качестве седативного средства, в 1961-1962 годах повсеместно вызвал фокомелию у 15 000 — 20 000 жертв¹.

Итак, с тех пор существует четко установленный порядок проверки на человеке нового лекарственного средства, обязательный для каждого случая, переданного в Комиссию по разрешению выставления товара на продажу Министерства здравоохранения Франции. Аналогичный порядок действует во всех экономически развитых странах, а теперь *уже существуют* процедуры, действующие на европейском уровне. Наряду с этим регламентирующим аспектом существуют научные методы клинической оценки, разработанные в последние тридцать лет как клинические испытания с проведением жеребьевки относительно методов лечения и применения плацебо для контрольной группы². Такие способы исследования значительно укрепили среди непосвященной или недостаточно осведомленной общественности мнение о том, что в некоторых случаях больные выполняли роль приносимых в жертву подопытных кроликов.

С тех пор принято считать, что научная оценка нового лекарственного средства должна проходить четыре фазы: в 1-й фазе проверяется переносимость; во 2-й фазе — действенность; в 3-й фазе его сравнивают с другими методами лечения. После прохождения этих трех фаз

дело передается в Комиссию по разрешению выставления товара на продажу. В 4-й фазе, после выпуска на рынок, регистрируются возможные эффекты: непредвиденные, нежелательные или положительные, редкие или проявляющиеся позже.

ПЕРЕНОСИМОСТЬ

Э то фаза первичной проверки нового лекарственного препарата на человеке. Ей предшествует весьма длительный период лабораторных работ, когда задействовано все возможное, позволяющее предусмотреть эффективность и переносимость лекарства человеком. Какими бы скрупулезными и точными ни были лабораторные испытания, всегда возникает нечто непредвиденное, потому что медикамент назначается конкретному человеку. Действительно, ни один опыт на культуре клеток, тканей или на животных не позволяет предвидеть, какой именно будет реакция человека.

Испытания 1-й фазы заключаются в назначении возрастающих доз нового лечебного средства с тем, чтобы определить максимально допустимую для порога чувствительности дозу. Их проводят на здоровых людях, добровольцах, в присутствии компетентных фармакологов и в прекрасно оснащенных лабораториях. Такая практика официально признана в большинстве стран. Во Франции испытания на здоровых добровольцах длительное время проводились не вполне официально. Первым о необходимости неукоснительного соблюдения этических норм заговорил Национальный консультативный комитет по этике в области наук о жизни и здоровье. Затем, заполняя юридический пробел, вышел закон от 20 декабря 1988 года³. С тех пор ответственность отраслей медицины, которые проводят подобные испытания, определена с точки зрения этики, права и страхования.

Иначе дело обстоит в онкологии, где исследуемые препараты слишком агрессивны, чтобы их можно было испробовать на здоровых людях. Поэтому их предписывают больным раком в последней стадии, когда исчерпаны все известные способы лечения. Таким образом эти больные в качестве компенсации за риск возникновения нежелательных эффектов, которому они подвергаются, получают надежду на то, что новое лечение принесет им облегчение. Ожидаемое лечебное облегчение весьма несущественно, потому что первые назначаемые дозы

чрезвычайно малы, но онкологи, проводящие подобные испытания, настаивают на психологическом плюсе, который дополняется компетентностью и внимательностью медицинского персонала. В законе от 1988 года этот тип испытаний в онкологии, приводящих к серьезным этическим проблемам, освещен недостаточно полно. Следует отметить, что все комитеты по этике признали его необходимость и то, что испытания подобного рода должны проводиться в немногих отделениях с высоким уровнем специализации.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Эта фаза заключается в назначении нового лекарства больным различных категорий с учетом возраста и клинических форм заболевания, с тем, чтобы определить его возможную эффективность и то, как оно проявляет себя в организме. Исследуются также различные методы введения препарата, эффективность различных доз.

В этом случае испытания также проводятся высококомпетентными сотрудниками клиники. Лечение назначается с целью уменьшения или смягчения патологических проявлений, от которых страдает субъект. Изучение, предпринимаемое ради исследования продукта в научном плане, не оказывает слишком тяжелого воздействия. Как правило, чаще всего потенциальная отдача и риск больного уравнены, а самые деликатные этические проблемы возникают вовсе не в этих испытаниях.

СРАВНЕНИЕ

В этой фазе оценивается место и значение медикамента по сравнению с отсутствующим лекарственным средством или уже существующими лекарственными препаратами. Именно в ходе этой фазы приходится сталкиваться с наибольшим количеством этических проблем. Вместе с тем это решающий этап, если мы не хотим, чтобы в продажу поступил недейственный или опасный медикамент, если же нельзя упустить ценное лечебное средство, то какой-то составляющей этики порой пренебрегают.

Научная методология испытаний, называемых контролируемы-ми, в настоящее время должным образом кодифицирована, широко принята во многих странах, где обычно все-таки придерживаются

моральных норм. По-прежнему предметом оживленных дискуссий как во Франции, так и в других романских странах, явился два аспекта: проведение жеребьевки и применение плацебо. Это важно, когда полагают, что новое лечение может быть эффективным, нужно сравнить его с лечением, применявшимся до сих пор (это может быть и отсутствие лечения, как, например, в случае с вакцинацией). Когда же неизвестно, лучше новое лечение или не столь эффективно, как прежнее, можно назначать как то, так и другое, это не суть важно.

Раз так, то почему не прибегнуть к жеребьевке, поскольку это единственный способ, позволяющий составить группы из субъектов с одинаковой тяжестью заболевания и прекрасно оценивать результаты лечения, исключив при этом субъективность или недобросовестность экспериментатора? Все остальные методы сводятся к сравнению групп больных с различной тяжестью заболевания, что не позволяет оценить эффективность лечения. Жеребьевка этична в тех случаях, когда вероятные преимущества и недостатки нового лечения оцениваются как равнозначные преимуществам и недостаткам уже известного лечения. И лишь испытания с выбором лечения путем жеребьевки, называемой «случайной выборкой», могут дать ясный ответ относительно эффективности нового лечения.

В некоторых случаях (но только когда мы не располагаем критерием объективной оценки или когда при болезнях с сильной психологической составляющей возникают феномены само- или гетеро-ровнушения) в контрольной группе следует прибегать к плацебо. Эффективность плацебо всегда широко подразумевается; его в случае необходимости назначают при несильных недомоганиях, таких, как боли, бессонница; слишком часто не принимают во внимание то, что это может принести пользу при таких заболеваниях, как гастродуоденальная язва, стенокардия. Таким образом, получается, что плацебо следует применять при многих испытаниях, используя его в контрольных группах, что позволяет определить эффективность медикамента вне зависимости от плацебо. Этическая проблема, обсуждаемая в настоящее время, заключается в том, чтобы знать, можно ли применять плацебо в контрольной группе тогда, когда существует классическое лечение, признанное действенным. Конечно, можно сравнивать новый продукт с продуктом классическим, но при этом оценка нового продукта потребует больше времени. Вот почему возникает еще и проблема выбора между этикой

индивидуальной, которая побуждает лечить контрольных больных классическими методами, и этикой коллективной, которая является сторонницей плацебо. Сложно разубить этот узел раз и навсегда: следует обсуждать методику проведения испытаний в каждом конкретном случае, а такая задача, стоящая перед комитетами по этике, вовсе не проста.

Помимо методологических аспектов, в 3-й фазе следует считаться также с проблемами, касающимися добровольного и осознанного согласия больных. Если мы хотим, чтобы больной был информирован в полном объеме, ему нужно подробно объяснить порядок проведения процедур, будь то жеребьевка или использование плацебо. Ибо французский менталитет вовсе не готов воспринять эти научные требования, в отличие от того, что происходит в Соединенных Штатах. С другой стороны, необходимость информировать пациента об использовании плацебо может исказить результаты испытаний. Действительно, отбор субъектов, которые согласились участвовать в испытаниях, и их поведение во время исследования будут иными, если мы прямо скажем об использовании плацебо. Это тоже сложная задача, для решения которой мнение комитета по этике могло бы быть очень полезным.

КОНТРОЛЬ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Цель 4-й фазы в настоящее время — выявление при последовательной индивидуализации редких или проявляющихся позже нежелательных эффектов, с тем чтобы сделать переоценку преимуществ и издержек применения медикаментов в современных условиях. В отличие от предшествующих, последние исследования касаются главным образом практикующих врачей. Эти испытания не создают серьезных этических проблем, но в условиях амбулатории не так просто их организовать: отобрать и передать данные, получить информацию о пациентах, заручиться их согласием.

Но больше всего проблем в этой фазе (контроль за результатами лечения лекарствами) вызывает выявление ряда редких, но порой серьезных нежелательных эффектов при зачастую нетяжелых патологических процессах. Какие же решения должны принимать государственные органы и фармацевтически лаборатория, если лекарство,

действенное при патологии средней степени тяжести вызывает нежелательные эффекты в соотношении 1:1 000? В настоящее время не существует единых правил принятия решения, фиксирующего порог, начиная с которого предписывается изъятие лекарства, даже если такое изъятие повлечет за собой неприятные последствия не только для промышленника, но и для практикующего врача и больных, которым это лекарство помогло. Кроме того, общественность недостаточно готова к подобного рода ситуациям. Она считает, что раз лекарство вышло на рынок, то оно абсолютно безвредно. А ведь это вовсе не так. Эта отрасль по-прежнему таит в себе много неизвестного. Как объяснить, что соли висмута, широко применявшиеся в течение ста лет, и во Франции более, чем в других странах, могли вызвать тяжелые энцефалопатии? Необходимо проинформировать общественность о наличии пределов знаний в области медикаментов.

Немало этических сложностей, о которых говорилось выше, обусловлено недостатком информации о современных лекарственных формах и эволюции их применения в клинике человека, а также устойчивостью верований, возникших в тот период, когда в медицине было мало научного, лечение проводилось менее активно и вместе с тем было менее токсичным. Только осознание реалий, возникших с использованием новых лекарств, может помочь каждому отбросить сомнения относительно того, не является ли он подопытным кроликом.

Постепенное внедрение нового закона несомненно вызовет широкую общественную дискуссию обо всех проблемах, связанных со строгой регламентацией практики клинических испытаний. Этот закон, без которого нельзя обойтись в ходе 1-й фазы, ненамного опережающей другие фазы, удовлетворяет скорее юристов, чем медиков. Некоторые из этих аспектов, относящиеся к области применения закона (добровольное и осознанное письменное согласие в случаях тяжелых заболеваний, компенсация в случаях испытаний с лечебными целями), должны быть существенно пересмотрены, иначе эта сфера исследований не принесет плодов.

1. M. AURICHE, *Historique de la pharmacovigilance, colloque pharmaco-vigilance Présent et Avenir*, Centre de relations internationales pour la santé, Paris, 1986.
2. A. LAPLANCHE, C. COM-NOUGUE, R. FLAMANT, et al., *Méthodes statistiques appliquées a la recherche clinique*, Flammarion, Paris, 1987.
3. «La protection des personnes qui se prêtent a des recherches biomédicales», Закон № 88-1138 от 30 декабря 1988 года.

ПСИХИАТРИЯ:
ПРАВО НА ИССЛЕДОВАНИЕ,
ПРАВО ПАЦИЕНТА

КАК СЛЕДУЕТ ПОСТУПАТЬ: ОТВЕРГАТЬ ЛЮБЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЛИБО ПЫТАТЬСЯ
ИДЕНТИФИЦИРОВАТЬ И РАЗРЕШИТЬ ПРАКТИЧЕСКИЕ СЛОЖНОСТИ,
КАСАЮЩИЕСЯ «ДОБРОВОЛЬНОГО И ОСОЗНАННОГО СОГЛАСИЯ»
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОБЛАСТИ ПСИХИАТРИИ?

*Если врач, придерживающийся традиционного подхода,
заставал собрата ведущим философские разговоры
с больным и объясняющим ему течение болезни
с самого начала и физиологию тела,
он смеялся над ним и говорил то,
что такие врачи говорят всегда:
«Вот безумец, ты ведь его не лечишь,
ты занимаешься его образованием,
тогда как он просит о выздоровлении,
а не о том, чтобы стать врачом!»*

Платон. Законы. IX, 857 с-d

Определенное число больных, которые уже имели дело с психиатрами, знают, что при поступлении в клинику или на консультации в амбулатории им могут предложить участвовать в исследованиях. Такое участие может выражаться в различных формах: заполнение анкеты; согласие на то, чтобы беседа была записана на магнитофон или видео; необычное диагностическое тестирование или испытание нового лекарства, находящегося в стадии разработки¹. Это относится не только к психиатрии. В Великобритании десятки тысяч женщин, применяющих контрацептивные средства, в течение многих лет находятся под наблюдением, цель которого — выявить побочное воздействие пиллюль; во Франции ради изучения рассеянного склероза пораженные этим заболеванием люди добровольно объединились в группы; недавно в от-

делениях неотложной и реанимационной помощи многих европейских стран проводились систематические исследования с тем, чтобы установить лучший лечебный подход в первые часы после инфаркта миокарда и т.д. К счастью, во всех медицинских дисциплинах ведется научная деятельность. Это даже стало одним из критериев качества проводимого лечения. Но каковы последствия для больного, и всегда ли он достаточно осведомлен об исследовательских проектах, в которые вносит свой вклад?

Иногда представляется, что люди, которые приходят на консультацию к психиатру, неспособны понять разницу между исследовательским и лечебным действием, и не могут дать «свободного и осознанного» согласия на первое или второе. На самом деле, больные, подверженные резкой смене настроения, в этом плане не слишком отличаются от людей с больным сердцем, почками или желудком. Все больные очень уязвимы, и это следует принимать в расчет. Но опыт показывает, что даже в кризисных ситуациях некоторые пациенты психиатрических учреждений счастливы, когда им недвусмысленно предлагают участвовать в исследовании, несмотря на то что это исследование потребует от них определенных усилий и обязанностей и не даст непосредственного результата. Приведу два примера.

В 1986-1987 годах в крупной клинике парижского региона проводилось исследование, целью которого было составить представление об отделениях неотложной психиатрической помощи, существующих при больницах общего профиля². Всем субъектам, поступавшим в отделения неотложной помощи этой клиники по «психическим» причинам (попытка самоубийства, острый алкоголизм, депрессия и т.д.), периодически предлагали сотрудничество в рамках этого исследования; они должны были заполнить опросник и согласиться на беседу с психиатром, который объяснял им цель изучения, расспрашивал об обстоятельствах, приведших их в клинику, и впоследствии (через две недели, через шесть месяцев, затем через два года) повторно опрашивал их, с тем чтобы наблюдать, что с ними происходит. Чтобы не смешивать исследование и лечение, врач, который встречался с больным по поводу исследования, как правило, не был тем практикующим врачом, который его лечил.

От участия в исследованиях обычно не отказывались. Пациенты, которые не были привлечены, чаще всего не могли достаточно полно

ответить на вопросы анкеты: либо потому, что не умели читать по-французски, либо потому, что не захватили с собой очки, будучи доставлены в клинику в срочном порядке. Высокий показатель наблюдения (80% из 100 через шесть месяцев, 73% из 100 через два года) говорит о том, что эти люди с легкостью соглашались уделить какое-то время тому, чтобы способствовать расширению знаний о патологиях, приводящих к неотложной госпитализации.

Подобные исследования, заключающиеся в наблюдении, предполагают особые проблемы конфиденциальности. Например, важно, чтобы в случае публикации результатов исследования все опрашиваемые имели гарантию строгого соблюдения анонимности. При исследованиях, предполагающих проведение опытов, возникают другие проблемы. Продемонстрируем их на втором примере

ПРИСТУПЫ ПАНИКИ: ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Немало людей (согласно американским исследованиям, более 2% населения) подвержены приступам острой тревоги («приступам паники») вследствие вызывающих беспокойство ситуаций, которых они в большей или меньшей степени пытаются избежать («фобическое уклонение»). Лицам с этими нарушениями в прошлом предлагались различные виды лечения (психоанализ, поведенческая терапия, антифобические седативные средства и т.д.), но ни при одном из них не была достоверно подтверждена их эффективность. Через несколько лет наблюдения показали, что, возможно, для таких людей антидепрессанты были более действенными, чем транквилизаторы. Для проверки этой гипотезы в 1984-1985 годах было предпринято международное межинституциональное (то есть проводимое во многих центрах ряда стран, в том числе во Франции) исследование. Это исследование финансировалось одной из фармацевтических компаний, научная координация осуществлялась группой врачей во главе с сотрудником факультета эпидемиологии Гарвардского университета. До начала работы протокол экспериментов каждого центра должен был быть утвержден местным комитетом по этике. В исследовании участвовали сотни врачей и тысячи пациентов со всего мира. Кандидатов, то есть лиц, страдающих приступами паники, подбирали различными способами: в Соединенных

Штатах — с помощью кратких объявлений, во Франции — во время консультаций в клинике. Если они соответствовали условиям, предусмотренным протоколом (который исключал несовершеннолетних, беременных, субъектов, лечащихся по поводу других нарушений и т.д.), то получали формуляр на двух страницах, в котором излагалась цель исследования, порядок его проведения, обязательные моменты.

Было сказано, что исследование продлится девять недель, в течение которых они станут принимать лекарство — антидепрессант, транквилизатор или неактивное вещество (плацебо), при этом до конца опыта ни они, ни их лечащие врачи не должны знать, какое именно. Они должны приходить на консультацию к врачу один раз в неделю, регулярно подвергаться обследованию в лаборатории, не употреблять алкоголь и в случае, если им придется вести машину, помнить о том, что они подвержены сонливости. О появлении любого необычного симптома следовало незамедлительно сообщить местному координатору проекта по телефону, указанному в формуляре. Правила, действующие в то время при проведении исследований на международном уровне (и которые еще не были обязательными во Франции), предусматривали, что лица, добровольно согласившиеся участвовать в этом исследовании, дают письменное согласие, подписывая формуляр как минимум через 24 часа размышлений и после того, как получают все объяснения, какие пожелают. Они были предупреждены, что от их старания будет зависеть доведение исследований до конца, но что они вольны в любой момент прервать участие, не предоставляя каких-либо объяснений.

Во Франции еще не совсем привыкли к исследованиям такого масштаба, но пару десятилетий тому назад Скандинавские страны и Великобритания показали, что вполне возможно добиться разумного и дисциплинированного сотрудничества большого числа лиц, страдающих заболеваниями психическими, сердечно-сосудистыми, органов дыхания и другими, но ведущих «нормальную» жизнь вне клиник, чем и мотивируется включение их в план исследований, при условии, что они знают о предстоящей научной работе. Предварительное изучение плана комитетом по этике обычно имеет целью проверить, является ли проект действительно научным, убедиться, что соотношение «риск — выигрыш» приемлемо, что процедура согласия гарантирует достаточную информированность субъектов и что соблюдается свобода их выбора³.

После Нюрнбергского процесса (1947) требование, согласно которому любое экспериментирование на людях предполагает «добровольное согласие», было неоднократно повторено. Всемирная ассоциация психиатров особенно настаивала на соблюдении принципа самостоятельности принятия решения: «Накопление и распространение знаний в области психиатрии нуждается в активном участии пациентов», информированных и давших добровольное согласие (Гавайская декларация, 1977). Это важный и деликатный момент, потому что врачи могут начать лечить кого-либо, не спросив его мнения, и даже насильно. Если больной опасен для себя и других, психиатр не только может, но должен вмешаться «в интересах самого пациента, и только на то время, когда это крайне необходимо» (*там же*). Но одно дело — лечение, а другое — исследование. Жизненные интересы больного могут требовать обязательного лечения, но они не должны обязывать его принимать участие в исследованиях, кроме исключительных случаев (например, когда в рамках экспериментального исследования используется новое, еще не вышедшее на рынок лекарство, которое, вероятно, может его спасти). Таким образом, пациент с психическим (или любым другим) заболеванием никогда не должен становиться объектом исследований без его ведома и *a fortiori* против его воли.

Этот принцип является частью профессиональной этики психиатров. На практике все обстоит не так просто. Прежде всего потому, что граница между исследованиями и лечением порой расплывчата; далее, потому что врачу нелегко признаться в своей неуверенности, а больной из-за этой неуверенности испытывает дискомфорт (когда люди больны, они не всегда склонны быть альтруистами, и на вполне законных основаниях могут предпочитать, чтобы новый метод лечения прежде был испытан на ком-то другом).

СДЕРЖАННОСТЬ КЛИНИЦИСТОВ

Анкетируемое, проведенное в 1984 году М.-Н. Parizeau⁴ в котором принял участие тридцать один французский психиатр, показало, что большинство из них предполагало включить больного в исследования только если это могло принести ему вероятную пользу от лечения, то есть если они более или менее не выходили за пределы подразумеваемого «лечебного договора», связывающего больного и его врача. Пси-

хиатры в целом очень сдержанно отнеслись к мысли предложить своим пациентам «договор об исследованиях», то есть вовлечь их в исследования, которые послужили бы научному прогрессу, но им не принесли бы никакой немедленной пользы.

Эту сдержанность разделяли многие. Несколько лет тому назад Национальный комитет по этике посоветовал не проводить исследование, которое заключалось в том, чтобы с помощью позит-ронной камеры получить изображение мозга людей, страдающих шизофренией. А ведь за границей подобные исследования были проведены и не вызвали сколько-нибудь существенных возражений. Во Франции проводится мало фундаментальных исследований по психиатрии⁵. Это может объясняться отсутствием идей или денег, но может также объясняться и сильной традицией врачебного патернализма. Ваш врач защищает ваши интересы; возможно, он говорит вам не все, но вы можете быть уверены, что делает он ради вашего блага все. В странах с более либеральной традицией врач даст вам больше информации и будет меньше колебаться, предлагать ли вам пойти на риск ради науки⁶.

Даже если исследования представляют для участников потенциальную лечебную пользу, некоторые психиатры говорят, что они с трудом могут объяснить больным (и принять сами) требования, которые необходимо выполнять ради научного качества исследования, а руководствуются лишь собственным удобством (оценочные таблицы, которые нужно заполнить, жеребьевка для приема медикаментов, допустимость того, что некоторые желатинозные капсулы содержат неактивное вещество; неоднократный забор крови и т.д.). Некоторые предпочитают рискнуть, по старинке назначив лекарство, эффективность и/или безвредность которого недостаточно доказана, но не рисковать, применяя в ходе эксперимента плацебо. Иные опасаются, как бы излишние объяснения не вызвали беспокойство. В группе лиц, отобранных для опроса и опрошенных М.-Н. Parizeau (см. примечание 4), большинство психиатров признали, что довольствуются согласием пациента на предложение испробовать «новое лечение». Эти врачи представили довольно много практических подробностей проведения испытаний, они говорили о том, что заинтересованы внести свой вклад в развитие медицины, но не пытались ни объяснить больному научную методику, ни убедиться в том, что больной действительно понял, что речь идет о методе лечения, который то ли лучше других (именно то, к

чему стремятся), то ли более удобен. Лишь немногие психиатры стремились получить от больных действительно осознанное согласие, информируя их о научном плане, альтернативных решениях, возможном риске. Письменное согласие, нередко требуемое в англоязычных странах, во Франции встречалось редко, здесь охотнее довольствовались согласием устным.

ЗАКОННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

Но все меняется. Французский парламент в 1988 году принял закон «О защите лиц, давших согласие на биомедицинские исследования»⁷. Вышли декреты о применении этого закона⁸. В свете того, что нас интересует, положения, предусмотренные этим законом, имеют два аспекта. С одной стороны, закон подтверждает легитимность проведения клинических исследований. С другой стороны, он предусматривает обязательное наличие «добровольного и осознанного» согласия (ст. L. 209-9) лиц, участвующих в исследованиях. «Обязательным является требование предварительного согласия каждого, кто не находится в экстремальном положении или юридически недееспособен»⁹.

В преамбуле к закону говорится, что «тесты или эксперименты, организуемые и практикуемые на человеке с целью получения биологических или медицинских знаний, разрешены» (ст. L. 209-1). Важно, что это было сказано, потому что до 1988 года французское право позволяло приравнивать научные исследования на человеке к добровольному нанесению себе телесных повреждений, при этом относилось к ним со стыдливой сдержанностью. Эта неупорядоченность юридического статуса испытаний на человеке частично объясняла сдержанность врачей относительно привлечения их пациентов к экспериментам, польза от которых, даже если они представляли серьезный научный интерес, являлась проблематичной. Эта трудность устранена: закон позволяет предлагать участие в исследовательских процедурах, включая исследования «без прямой индивидуальной пользы», даже больным. Он фиксирует условия, при которых это позволено.

Одно из условий — то, что план исследований должен быть предварительно рассмотрен независимым от исследователей Консультативным комитетом «по защите лиц...». Комитет должен также дать

оценку как научному соответствию проекта, так и мерам, предпринимаемым ради того, чтобы субъекты, участвующие в исследованиях, были должным образом защищены (ст. L. 209-12). Другое условие — это то, что исследователи должны обязательно получить согласие лица, отобранного для участия в исследованиях, предварительно четко проинформировав его о цели исследования, методе, продолжительности, его обязанностях и т.д., а также сообщив ему мнение, высказанное Комитетом. Главное из этой информации должно быть кратко изложено в письменном документе, переданном этому лицу. «Согласие должно быть дано письменно или, если это невозможно, заверено третьим лицом, полностью независимым от исследователя и инициатора проведения исследований» (ст. L. 209-9).

Для некоторых категорий уязвимых лиц предусмотрена «усиленная защита»: порядок исследований, который им можно предлагать, лимитирован. Психически больные как таковые не упомянуты, но некоторые из них входят в эти категории. Во-первых, «лица, лишенные свободы в судебном или административном порядке» (сюда относятся психически больные, госпитализированные в принудительном порядке или по требованию третьего лица¹⁰, а также алкоголики и токсикоманы¹¹, которым прокурором Республики предписано пройти курс лечения по дезинтоксикации) «могут быть привлечены к участию в биомедицинских исследованиях только если в результате их проведения ожидается прямая и существенная польза для их здоровья» (ст. L. 209-5). Во-вторых, что касается «несовершеннолетних, совершеннолетних, находящихся под опекой, лиц, пребывающих в медико-санитарных или социальных учреждениях, и лиц, оказавшихся в экстремальной ситуации» (что охватывает всех госпитализированных психически больных и всех юридически недееспособных), то проводить исследования без прямой личной пользы можно только при трех очень жестких условиях: отсутствие «какого бы ни было прогнозируемого серьезного риска»; исследования могут быть «полезны лицам одного возраста, с одним и тем же заболеванием или недостатком»; такая польза не может «быть получена иным путем» (ст. L. 209-6).

Что касается принципа получения согласия, закон допускает исключения лишь в двух случаях (оба они интересуют психиатрию). В экстренных ситуациях, «которые не позволяют заручиться предварительным согласием лица» (и только если план исследований передан на

рассмотрение комитета по защите лиц...), законом допускается просить согласия у близких, «если они присутствуют» или отложить беседу с целью информирования пациента до того момента, когда он будет в состоянии понять и согласиться на продолжение исследований (ст. L. 209-9). Что касается юридически недееспособных, то «согласие дает опекун (при условии, что исследования, приносящие непосредственную личную пользу, не представляют серьезного прогнозируемого риска), либо опекун, назначенный семейным советом или судьей по делам опеки». Закон добавляет также, что «согласие несовершеннолетнего или совершеннолетнего, находящегося под опекой, должно быть получено, когда он будет способен выразить свою волю. В любом случае должен быть получен либо отказ либо подтверждение согласия» (ст. L. 209-10). «Справочник» министерства здравоохранения (глава 7, см. примечание 9) уточняет, что других исключений нет, и что, в частности, «лица с ослабленными умственными способностями, но не находящиеся под опекой... должны давать согласие или отказываться в нем в пределах, которые позволяет их состояние». Следовательно, их нужно информировать.

НЕОБХОДИМОЕ, НО НЕДОСТАТОЧНОЕ

Применение закона создаст проблемы в области психиатрии, как и во всех областях, где биомедицинские исследования должны проводиться с участием лиц, согласие которых может смениться отказом или является просто проблематичным: в педиатрии, гериатрии, реанимации. Но не стоит преувеличивать сложности. В психиатрии жизненно важная неотложность редка. В основном психически больные могут быть проинформированы (нужно предусмотреть время на то, чтобы объяснить им происходящее), решение же об участии в исследованиях для них не сложнее, чем большинство решений, которые они обычно принимают в жизни. Нынешнее французское законодательство поднимает Францию до лучших международных стандартов по этике исследований¹², которые предполагают, что без высокого уровня этики в исследованиях на человеке нет и надлежащего научного уровня. Мы не желаем исследований низкого уровня. Таким образом, либо мы отказываемся от исследований в области психического здоровья, либо всерьез воспринимаем обязательство, накладываемое на нас законом,

и, оставив пустые разговоры о «психически-больном-неспособном-ничего-понимать», работаем в направлении выявления и разрешения практических сложностей, относящихся к согласию на исследования в стенах психиатрического учреждения.

О согласии больных, и психически больных в частности, сказано все: что врачи всегда должны объяснять, что они делают: даже делирантным или отказывающимся говорить, в отношении которых есть большие сомнения, что они слышат то, что им говорят, и что бесполезно терять время на объяснения, поскольку люди не только не понимают, не запоминают, но и, кстати, не хотят знать; что больными легко манипулировать, что они согласятся с чем угодно, лишь бы угодить врачу, и что если врач открыто потребует от пациентов, чтобы они добровольно согласились на исследования, все они уклонятся от него; что осведомленность о риске тревожит, и что замалчивание врачом риска заставляет больного представлять худшее.

Тенденцию, которая преобладала во французских¹³ и международных¹⁴ аналитических изданиях, и которая соответствует закону, можно резюмировать в двух словах. Добровольное и осознанное согласие лиц необходимо в той мере, в какой оно возможно; оно всегда недостаточно. Иначе говоря, потенциальные субъекты исследований должны иметь возможность полностью осуществить свое право сказать «нет», но чем более ограничена их независимость, тем больше преград в своем праве сказать «да» они ощущают.

Осуществление права на отказ предполагает хорошую информированность и отсутствие принуждения. Характер сложностей зависит от того, госпитализирован больной или нет, что объясняет различие, предусмотренное законом для этих двух случаев. Разумеется, консультируя больного амбулаторно, врачи стремятся дать минимум информации о ходе опытов, чтобы не напугать его; больные же могут легко попасть в зависимость от протокола (покинутые, «потерянные из виду» — вот классическая проблема, возникающая при проведении исследований на «амбулаторных» больных, и чем чаще это происходит, тем менее пациенты информированы). В клинике сложнее замолчать информацию, потому что больные говорят между собой; но в отделениях, проводящих исследования, может обнаруживаться пристрастие к определенным исследованиям, что делает затруднительным индивидуальный отказ. Д-р Widlöcher¹⁵ подчеркивал, как сложно в этих условиях

обеспечить добровольное согласие пациента психиатрического учреждения.

Помимо институционального давления, фактом остается то, что состояние госпитализированных больных обычно тяжелее, чем состояние больных, живущих вне клиники. Психическая патология может изменить как разум, так и волю. Были проведены исследования реальной способности психически больных принимать осмысленные решения в зависимости от типа заболевания — с тем, чтобы оценить качество согласия¹⁶. Полученные данные вызывают неоднозначное мнение. Даже делириантный или сенильный субъект может инстинктивно ощущать, что для него плохо. Поскольку отказ от участия в исследованиях не представляет никакой опасности (при этом он может быть совершенно иррациональным), то правило, предписывающее соглашаться с любым отказом от сотрудничества, представляется верным.

Право же соглашаться, напротив, ограничено во многих плоскостях. Мы уже сталкивались с этим при анализе положений закона. С одной стороны, комитеты, согласно закону, производят отбор протоколов, ибо в их функции входит контроль за тем, чтобы от потенциальных субъектов исследований не требовали ничего, на что не мог бы согласиться здоровый человек. С другой стороны, закон лимитирует и вид протокола, и уровень допустимого риска в отношении лиц, чье состояние требует особой защищенности. Это соответствует правилам, выработанным в 1974—1978 годах Американской национальной комиссией по защите лиц — субъектов биомедицинских и поведенческих исследований¹⁷. Согласно этим правилам уязвимые субъекты, такие, как психически больные и калеки, находящиеся в учреждениях, должны быть защищены от возможного использования их в интересах исследования: как от привлечения к исследованиям, которые не расширяют их знаний о собственной болезни, так и от чрезмерного риска в том случае, когда они способны дать согласие. Проиллюстрируем эти два аспекта примерами.

В 1970-е годы в Финляндии изучалась взаимосвязь между уровнем холестерина в крови и инфарктом миокарда. К исследованию были привлечены 450 местных жителей из двух психиатрических клиник, где в течение шести месяцев изменяли режим питания (меньше сливочного масла, больше растительного). Смертность среди больных с коронарной недостаточностью сократилась вдвое. Сегодня подобные исследования

не возобновляют. Предпочитают обращаться к «здоровым» взрослым, которые считаются способными посвятить себя работе, представляющей коллективный интерес, при полном осознании происходящего; во Франции, например, обратились за поддержкой к монастырским общинам. Госпитализированных в психиатрические учреждения больных можно привлекать к исследованиям только в связи с их заболеванием, и проводить эти исследования лишь при их содействии.

ПРАВО НА СОГЛАСИЕ

Второй аспект может быть освещен через историю. В одном из американских журналов по биоэтике¹⁸ в 1981 году обсуждался случай, связанный с молодой женщиной, страдавшей психической анорексией и находящейся на лечении в клинике. Она, будучи в ясном сознании, согласилась (дав письменное согласие) на привлечение ее к биологическим исследованиям, касающимся ее болезни, которые предполагали неоднократное переливание крови (венозная пункция) и спинномозговой жидкости (поясничная пункция). Опекавшая ее медицинская сестра протестовала, говоря, что больные анорексией характеризуются нездоровой склонностью к опасным предприятиям и что следует воспрепятствовать этой больной вопреки ее желанию, запретив ей сказать «да», исключив ее из исследований.

Это очень непростые для разрешения проблемы. Если действительно пытаться влиять на судьбу психически больных, то нужно проводить исследования психических расстройств, «Биологическая психиатрия» не могла бы существовать, не согласись многочисленные лица, страдающие этими расстройствами, на забор проб мочи, крови, и даже спинномозговой жидкости и для определения дозы некоторых веществ. Следует также признать, что всего лишь двадцать лет тому назад нацистам далеко не всегда было известно, что эти процедуры служат исследованиям: у них брали кровь, а зачем — они не знали. Сегодня стремятся информировать пациентов в той мере, в какой они способны понять, и недвусмысленно просить их о согласии или хотя бы одобрении. Таким образом она сами оценивают неудобства или риск, на который хотят пойти. Но если они согласятся на необдуманный риск? Американская комиссия отмечала, что если исследование предполагает минимальный риск (как при заборе крови из вены), то его можно предлагать всем больным, тогда как для ис-

следования, предполагающего риск несколько выше минимального (как при поясничной пункции), необходимо быть более требовательным к качеству согласия (оценивая степень компетентности больного и/или обеспечивая ему независимого «защитника» из исследовательской группы, каковым может быть, например, его лечащий врач). Одной из функций комитетов по этике как раз и является оценка уровня допустимого риска с точки зрения интересов проекта и компетентности пациентов, которым он адресован.

Однако вряд ли достигнут консенсус относительно того, что чем меньше компетентность больного при самостоятельном принятии решения об участии в исследованиях, тем меньше риск, которому он может быть легитимным образом подвержен в ходе исследования его болезни. Правило, согласно которому добровольный риск и принуждение должны быть тем меньше, чем менее осознанно согласие, не является неоспоримым моральным правилом. Действительно, принцип уважения личности вступает здесь в конфликт с принципом полезности, в соответствии с которым самые рискованные исследования следовало бы проводить на самых увечных или на людях с самими серьезными нарушениями — на тех, которым, так сказать, почти нечего терять.

Например, исследование болезни Альцгеймера (необратимое сенильное расстройство) стало приоритетным в развитых странах, потому что популяция стареет, и доля лиц, пораженных деменцией Альцгеймера, увеличивается. В некоторых протоколах упоминается взятие нервной ткани путем биопсии ткани мозга, которая, без сомнения, ненамного опаснее, чем биопсия печени или почки, но как бы там ни было, это непростая процедура. Не возникает ли у нас искушение считать, что этому нужно подвергать скорее субъектов с существенными нарушениями (даже если они уже вовсе не способны дать согласие), чем субъектов с меньшими нарушениями (которые еще хоть в какой-то степени независимы)? Это вынуждает нас поставить вопрос об исследованиях на лицах, не способных давать согласие.

В СОСТОЯНИИ НЕДЕЕСПОСОБНОСТИ

В о Франции Национальный комитет по этике в 1984 году (см. примечание 3) подчеркивал, что недееспособными в юридическом значении являются несовершеннолетний ребенок и совершеннолетний

субъект, признаваемый защищенным «от того, чтобы с изменением его личных качеств забота о нем прекращалась исключительно в его интересах» (ст. 488 Гражданского кодекса). Он отмечал, что определенное количество юридически недееспособных субъектов на самом деле в состоянии выразить свою волю. Он рекомендовал, чтобы недееспособный был приобщен к решению об исследованиях, чтобы отказ с его стороны «рассматривался как непреодолимое препятствие» и чтобы его согласие всегда подтверждалось однозначным разрешением родственников или опекуна. Французский закон пошел в этом направлении (ст. L. 209-9). Когда недееспособность настолько существенна, что субъект все-таки не в состоянии принимать решение, санкцию на его участие в исследованиях следует получить в опекунском совете.

Но истинная недееспособность не всегда совпадает с недееспособностью, установленной законом. Сколько немощных стариков по-прежнему живут в семьях и не являются объектом защитных мер? Разве не каждый из нас в один прекрасный миг может оказаться в таком состоянии, что не сможет принимать решения (при несчастном случае, коме, приступе меланхолии и т.д.), не теряя при этом статуса совершеннолетнего лица? С точки зрения согласия на психиатрические исследования следует различать два типа случаев.

Некоторые психические нарушения характеризуются периодической эволюцией. Так, лица, пораженные маниакально-депрессивным психозом, проходят фазы маниакального возбуждения и пня или меланхолической депрессии с длительными ремиссиями, во время которых они совершенно нормальны. Точно так же некоторые больные, страдающие шизофренией, демонстрируют приступы бреда: тогда они пребывают в состоянии, когда ни о чем невозможно судить разумно, тогда как в промежутках между такими приступами они ведут вполне адаптированную жизнь. Нередко случается, что во время приступа эти лица ожесточенно сопротивляются усилиям, направленным на их лечение, тогда как впоследствии, возвратившись в обычное состояние, одобряют эти усилия. Вот почему возникла мысль предложить им то, что называют «договором Одиссея». Перед тем, как проплывать мимо Сирен, издававших завораживающие звуки, Одиссей приказал привязать себя к мачте корабля, взяв со своих спутников обещание, что они не отвяжут его, невзирая на мольбы, столь долго, сколько будет грозить опасность («Одиссея», XII). Таким образом, в промежутках, когда па-

циент полностью владеет собой, он дает врачам инструкцию при ближайшем приступе подвергнуть его определенному лечению, даже если во время приступа он будет протестовать, уверяя, что никогда еще не чувствовал себя так хорошо, и станет отказываться от лечения.

Предлагалось распространить подобный договор и на эти исследования¹⁹. Действительно, субъект может дать согласие на то, что при ближайшем кризисе его подвергнут не классическому, а экспериментальному лечению. Однако мысль о том, что больной согласится быть привязанным к протоколу исследований в период обострения его расстройства, противоречит широко распространенному и включенному во французский закон (ст. L. 209-9) принципу, гласящему, что субъект исследований волен прервать свое участие в любой момент. Для устранения такой сложности было предложено, чтобы пациент назначил некое лицо, которое могло бы быть с ним во время приступа и при необходимости потребовать прекращения эксперимента. Действительно, договор Одиссея остается скорее теоретической возможностью. Мне не известно, чтобы он был подписан где-нибудь во Франции. Современным законом в этих случаях допускается начать исследования безотлагательно, и заручиться соответствующим согласием больного после того, как приступ закончится.

ОПЕКУНЫ И ПОПЕЧИТЕЛИ

Можно ли проводить исследования на субъектах, пребывающих в состоянии длительной недееспособности, обходясь без согласия, которое они не в состоянии дать? Если бы правило добровольного согласия считалось обязательным для исполнения во всех случаях, то от таких исследований воздержались бы. В действительности ВОЗ показала (см. примечание 12), что было бы несправедливым не проводить никаких исследований глубокого умственного отставания, спутанных состояний, сенильной деменции и т.д., так как это означает оставить больных людей на произвол судьбы, не пытаясь если не вылечить, то хотя бы понять их состояние и уберечь от такой участи других. В целом для психиатрии это не такая сложная задача, как, скажем, для гериатрии, потому что в психиатрии больные с продолжительным изменением компетенции обычно уже были объектом защитных мер, так что при подготовке проекта можно подобрать субъектов через их опекунские советы.

Причиной же некоторой сдержанности со стороны психиатров были директивы, предписывающие получение согласия семей, или тех, кто их заменяет. Психическое расстройство не всегда легко переносят те, кто находится рядом с больным. Оно вызывает неоднозначные чувства. Вероятно, именно из-за такой неоднозначности близкие, принимая решение о том, чтобы дебилный или сенильный больной был включен в экспериментальный протокол, настроены не лучшим образом. Подобные доводы были представлены и по поводу исследований в реанимации. Прося разрешение на исследования, медики могут столкнуться с жестокостью или недостойным поведением семей, обеспокоенных критической ситуацией, в которой находится близкий им человек.

В Квебеке близкий имеет право давать согласие от имени пациента, признанного недееспособным, только в том случае, когда его уполномочил частный опекун. При отсутствии частного опекуна эта задача возлагается на государственного опекуна. Американская президентская комиссия потребовала, чтобы каждый человек мог на законных основаниях выбирать представителя и оставлять ему указания на случай, если он станет неспособен обслуживать себя сам, например, в силу делириантного или сенильного состояния

Как бы там ни было, но найти юридическое решение не означает разрешить все этические проблемы. В Европе²⁰ чувствуется скрытое сопротивление формальному получению согласия в том виде, в каком оно существует в Северной Америке. Некоторые исследователи полагают, что в просьбе о согласии или даже об одобрении, которое могут высказать, к примеру, психотические больные или семьи этих больных, содержится доля лицемерия. Они считают, что при психиатрических, как и при любых медицинских исследованиях, исследователь должен уметь взять на себя, вместе с научным сообществом, определенную степень «просвещенного патернализма», чтобы дать оценку исследованиям, которые должны быть проведены (или нет) при согласии комитета по этике, контролирующего приемлемость протокола для всей социальной общности. Директивы ВОЗ соответствуют этому направлению, они настаивают на научной и этической проверке протоколов ответственными экспертами — для того чтобы учитывать относительную неприемлемость осознанного согласия некоторых лиц. Остается узнать, что нужно делать, по мнению потенциальных пациентов, которыми являемся мы

все (и которые выражают свои соображения сдержанно, как как никому не нравится мысль о том, что он может быть поражен делирием или сенильной деменцией)! Нужно найти равновесие между тем, чтобы не проводить исследования, оставив в покое тех, кто болен сегодня, и проводить больше исследований, чтобы улучшить состояние тех, кто заболит завтра. Условия такого равновесия сформулировать непросто.

1. J.-D. GUEIFI, J.-F. DREYFUS & C.-B. PULL, *Les Essais thérapeutiques en psychiatrie: méthodologie, éthique et législation*, Paris, Masson, 1978.
2. D. CREMNITER et al, «Preliminary results of a study concerning the évaluation and évolution of patients having attempted to commit suicide», *Current Issues in Suicidology*, Berlin, Springer-Verlag, 144-152.
3. Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE), «Avis sur les problèmes d'éthique posés par les essais de nouveaux traitements chez l'homme», in: *Rapport 1984*, Paris, La Documentation française, 35-72.
4. M.-H. PARIZEAU, «La pratique des psychiatres en matière de consentement des patients aux essais cliniques: un consentement libre et éclairé?», Mémoire de DEA, université de Paris-XII, 1984.
5. C. BRISSET, «Sur la recherche en psychiatrie», *Psychiatrie française*, 16 (2): 111-119, 1985.
6. J.-L. BAUDOIN et M.-H. PARIZEAU, «Réflexions juridiques et éthiques sur le consentement au traitement médical», *Médecine/Sciences*, 3 (1): 8-12, 1987.
7. «Loi № 88-1138 du 20 décembre 1988 relative à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales», *Journal officiel de la République française*, 22déc. 1988:16032-16035. Modifiée: 15déc. 1989. Complétant le Code de la santé publique, art. L. 209-1 à L. 209-21.
8. «Décret № 90-872 du 27 septembre 1990 portant application de la loi № 88-1138 du 20 décembre 1988 modifiée relative à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales et modifiant le Code de la santé publique (deuxième partie: décrets en Conseil d'Etat)», *Journal officiel de la République française*, 29 sept. 1990: 11862-11868.
9. Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale (1990), *Guide des textes relatifs à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales*, 14 sept. 1990: 19.
10. «Loi № 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation», entrée en vigueur le 1^{er} juillet 1990, modifiant le *Code de la santé publique*, art. L. 333 à L. 351.
11. Art. L. 355-15 à L. 355-20 du *Code de la santé publique*.

12. Organisation mondiale de la santé, Conseil international des organisations médicales scientifiques, 1982, *Directives internationales pour la recherche biomédicale sur des sujets humains*, Genève: CIOMS.
13. R. VILLEY, «Le consentement éclairé», *Prospective & Santé*, 35: 39-42, 1985.
14. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1978, *Report and Recommendations: Research Involving Those Institutionalized as Mentally Infirm*, Md: US Govt Printing Office.
Voir aussi: Y. CHAMPEY, R.-J. LEVINE, P.-S. LIETMAN, *Development of New Medicines: Ethical Questions*, London-New York: Royal Society of Medicine Services Ltd, ICSS № 148, 1989.
15. «Le consentement éclairé» in: Compte rendu de la première journée des comités d'éthique des hôpitaux de l'Assistance publique de Paris, *Concours médical*, 109 (suppl. 32): 3040-3055, 1987.
16. A. FAGOT-LARGEAULT, *L'Homme bioéthique. Pour une déontologie de la recherche sur le vivant*, Paris, Maloine, 185-204, 1985.
17. R.-J. LEVINE, *Ethics and Regulation of Clinical Research*, Baltimore-Munich: Urban & Schwarzenberg, 2E édition, chap.V et XI, pp. 95-153 et 257-276, 1986.
18. «Case Studies: Can a Research Subject be too Eager to Consent?», *Hastings Center Report*, 11 (4): 20-21, 1981.
19. «Case Studies: Can a Subject Consent to a Ulysses Contract?», *Hastings Center Report*, 12(4): 26-28, 1982.
20. O. GUILLIOD, *Le Consentement éclairé du patient. Autodétermination ou paternalisme?* Neuchâtel: Ides et Calendes, 1986.

АНН ФАГО-ЛАРЖО

Доктор медицины, психиатр клиники Лнри-Мондор, г. Кретей,
и профессор философии университета Париж-Х. Член Национального
консультативного комитета по этике в области наук о жизни и здоровье.
Автор трудов «L'Homme bioéthique. Pour une déontologie de la recherche
sur le vivant», изд-во Maloine, 1985 и «Les Causes de la mort.
Histoire naturelle et facteurs de risques», изд-во Vrin, 1989

ТЕНЬ И СВЕТ ЗАКОНОВ

ЕСЛИ МЫ НЕ ХОТИМ, ЧТОБЫ ПРАВЛЕНИЕ ЛЮДЕЙ У НАС НА ГЛАЗАХ ПОДМЕНЯЛОСЬ НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКИМ ПРАВЛЕНИЕМ, НУЖНО ПРАВО. НО КАКОЕ ПРАВО? ДО ТОГО, КАК СЛОЖИЛИСЬ КОНКРЕТНЫЕ СИТУАЦИИ, КОНЦЕПЦИИ ПРАВ ЧЕЛОВЕКА ПРОТИВОПОСТАВЛЯЛИСЬ. ПРИ КАКИХ УСЛОВИЯХ МОЖНО ПРИНИМАТЬ ЗАКОНЫ? КАКИЕ ЦЕННОСТИ ПРЕДСТОИТ УВЕКОВЕЧИТЬ, КАКУЮ ОПАСНОСТЬ ПРЕДОТВРАТИТЬ?

Вопрос права и его связи с действиями и идеологиями, которые порождает современная биология, несомненно, вопрос первостепенный, неоднозначный и конфликтный.

Первостепенный — потому что на Западе существует очень давняя традиция, согласно которой право является привилегированным орудием нормативности; оно дает разрешение на формирование и существование общественных связей; оно преобразует совокупности индивидуумов в единый социальный организм, а значит, отношения силы, обладания, власти и интересов — в мирные правовые отношения или такие, которые основываются на позиции миролюбия.

Таким образом, право по определению предписывает границы искушения людей всемогуществом. Возможно, что расчленение плоти и измельчение тел, необходимые для познания и биомедицинского лечения, провоцируют в обществе, поклоняющемся золотому тельцу и лишенном опоры, раскол в социальном организме как таковом и распад самых простых общественных связей, таких как, например, родственные отношения.

ЖЕСТКИЕ И НЕПРИМИРИМЫЕ ОППОЗИЦИИ

И зобилие этических дискуссий на самом деле не может скрыть непримиримости и жесткости оппозиций. Они раскалывают не только общество, но и составляющие его социальные группы: партии, корпорации, церкви, группы экспертов. А ведь если мы хотим, чтобы науки и медицина в нем выжили и соответствовали своей функции и

границам, если мы хотим, чтобы образ человека, которого сводят если не к биологическому материалу, то к воле и невоплощенному желанию, не был искажен, и чтобы сохранилось то, что гарантирует его участие в гражданской жизни и защищенность в ней; если мы не хотим, чтобы на смену политике и правлению людей пришло научно-техническое правление одушевленных предметов с безликим и безответственным администратором, — нужно право. Но какое право? Вот тут-то и обнаруживается неоднозначность вопроса и его сложность.

Неоднозначность — поскольку право существует; совершенно неверно говорить о «правовой пустоте». Но это право постоянно нарушают и в незначительных, и в существенных вопросах: взятие органов и оплодотворение *in vitro* официально проводятся в несанкционированных центрах; опыты на людях осуществляют без предварительного проведения опытов на животных, прикрываясь лечебными действиями, оплачиваемыми Социальным обеспечением; в клиниках имеют место эвтаназии, воплощаются в жизнь евгенические практики. Было бы не так страшно, если бы нарушение было признано, и если бы сам закон не нарушал права, отдавая преимущество научной или промышленной полезности, коллективно признаваемой благом, а не уважению к человеку — существу, обладающему даром речи, и свободному.

Дважды, в 1988 и 1990 годах, законодательной властью было легализовано проведение опытов на недееспособных лицах, опытов, не приносящих им непосредственной пользы, что подтвердило легитимность жертвенных практик, осуществляемых вопреки международным законодательным документам. Но в ответ на некоторые виды практики и во имя фундаментальных принципов прав личности, суды во Франции постепенно вырабатывают решения, упраздняющие законность соглашений, позволивших врачам наладить самый настоящий анонимный обмен женщинами для вынашивания беременности или гаметамы, — считая, и, кажется, справедливо, что ребенок не может быть предметом производственного контракта, что филиация, каковой ее определяет закон, не может быть объектом трансакций, будь они даже бесплатными, и что усыновление не дает права оставить у себя ребенка на основании контракта о рождении.

Неоднозначность усиливается из-за противоречивости целей. Если многие научные сотрудники и врачи уже не отвергают право или закон, как это случалось, когда каждый мог отрицать в них все, вплоть

до их законности, то конфликт переносится на содержание законов и решений правосудия.

Важно, чтобы право адаптировалось к реалиям времени, и оно должно это делать: в одних случаях — согласно предписаниям научно-технического прогресса, способствуя спонтанной регуляции рыночных отношений и более или менее разумным рекомендациям научной общности; в других, наоборот, путем охраны этических ценностей, достоинства, свободы и равенства, которые современная биология, став на службу удовлетворения самых разнообразных желаний, ставит под угрозу

Наконец, еще кто-то будет довольствоваться отрывочными и выборочными пунктуальными регламентациями, далекими от постоянных и периодически возникающих этнических конфликтов, что приводит к различному интерпретированию прав человека, человеческой природы, жизни или окружающей среды.

ПРАВО И БИМЕДИЦИНА: РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ

Эти перспективы всегда определяются до появления конкретных вопросов, требующих ответа, с тем чтобы каждый знал, что дозволено законом, а что нет. Право и биомедицина в своих перспективах очевидно разнятся: первое ориентируется на поиск «истинного», вторая (и это нормально) — на поиск эффективности. Сегодня различия превращаются в конфликты; если эффективно и оперативно экспериментировать на человеческих эмбрионах, то справедливо ли приравнивать нас в наших истоках к лабораторному материалу? Если использование спермы для искусственного оплодотворения ради преодоления бесплодия приносит пользу, то справедливо ли производить зачатие лиц с сомнительной наследственностью, либо воспринимать донора как не несущего никакой ответственности производителя? Если полезно знать генетические болезни и виды проявления генетического кода, а следовательно, идентифицировать носителей смертоносных генов, то справедливо ли подвергать медицинскому, а значит, и социальному контролю целые популяции людей, которые в настоящий момент не больны? Конца вопросам нет, и если различие в точках зрения не исключает б1 сходства или согласия по некоторым пунктам, то по многим

другим пунктам не следует закрывать глаза на конфликт, поскольку затушевывание его может только обострить жестокие проявления, приносящие вред всем нам.

Однако конфликт проявляется не только в суде, но и в действующих или готовящихся законах. В Англии недавно была легализована во всех отношениях произвольная концепция «предэмбриона», имеющая цель узаконить исследования на человеке, тогда как в Германии ориентируются на законы, которые не позволяют использовать эмбрион или «генетический материал» человека.

Во Франции выходят в свет проекты и предложения о законах. Предварительный проект закона, принятый комиссией, возглавляемой г-ном Braibant, которому присуще стремление узаконить большинство самых проблематичных медицинских практик, вызвал оживленную критику как в плане его полезности и опасности, которой он не предотвращает, так и с точки зрения примененных юридических методов. Предложение о законе, представленное г-жой Boutin, преследует иные цели как по сути, так и по форме. В результате такого противостояния формируются две противоположные концепции взгляда на права человека. Согласно первой, именно через закон правовое государство адаптируется к состоянию науки. Оно закрепляет в конкретных правилах и вопреки спорам дихотомию личности, биологическое тело которой может рассматриваться как орудие, служащее коллективной пользе, для чего человечество вовсе не требует личного согласия субъекта, предположительно согласившегося предоставить в распоряжение весь свой организм или его часть. Вторая же — ввести в правовое государство биомедицинское действие, соответствующее более унитарному представлению о личности, и постепенно выработать юридическое понятие тела — опоры субъективной идентичности, отличающееся от биологического представления об организме или клетке.

Следствие обеих версий — подчинение развития исследований и медицины достаточно различным условиям. Нужно сделать выбор между ними, если мы считаем, что бюрократические и казуистические регламентации не могут быть подтверждены при отсутствии свода общих последовательных правил и принципов, на которые можно было бы ссылаться, и которые могли бы служить опорой для интерпретации их применения в конкретных случаях.

СФЕРА ЭКОНОМИКИ

Но и в других сферах, в частности в экономике, конфликты не менее остры.

Рыночная экономика предполагает свободный доступ ко всем услугам, предоставляемым обществом. Совершенствование метода искусственного оплодотворения происходит при постоянном росте возможностей, порождающих чрезмерные притязания, посягающие на нравственные и юридические принципы. Помимо этого, человеческое тело, в свою очередь, тоже подчиняется такой логике, потому что фактически оно является источником и даже первичной материей, которую надлежит потреблять или производить; из-за использования «биологической материи человека» личность как таковая тоже попадает на рынок. Типичным примером этого является идея о «заимствованиях матки» для вынашивания беременности.

Именно этой (казалось бы, не вызывающей никаких проблем за океаном) реальности и противится французская традиция. Не только потому, что безвозмездность — признак нравственности (поскольку бывают пагубные дары), но и потому что юридически тело не является предметом собственности, которое может быть свободно уступлено за некую плату. Эта традиция, из-за которой возникло немало сложностей (если тело, не являясь частной собственностью, тем не менее участвует в обмене, то оно становится предметом обладания, и даже общественной собственностью), находится в опасности уже в силу существования обязательств Франции перед Европой.

Европейская директива о крови и ее производных на неопределенный срок объявила устаревшей и противоречащей нормам сотрудничества французскую структуру центров по переливанию крови. Наука и медицина не могут абстрагироваться от экономического контекста, в котором развиваются; напротив, это обязывает нас разработать новые положения, чтобы избежать подобных методов. Платой же за прогресс в отдельных отраслях может быть то, что социальному обеспечению уже не под силу будет нести ответственность за соблюдение равенства прав пациентов. Если стремление к здоровью или потребность в нем, рынок и научно-технические инновации не ограничены (по определению) ничем, кроме нравственности и права, то только право, во имя этики, может и должно обозначить пределы притязаний. Последние

априорно не рассматриваются как права, если независимыми инстанциями не сделаны выводы об их ценности. Такой властью и обязанностями, согласно Конституции, облечены только Парламент и трибуналы. Наука и медицина (как и любой другой вид деятельности человека в обществе) не могут, охватывая все слои общества, не подчиняться законам, как и деонтология, кстати сказать, столь же необходимая, как и закон.

В этом убеждены все, но конфликт не исчерпывается, по крайней мере в трех основных плоскостях, где могут внести свой вклад опыт юристов и требования этики:

- условия, предшествующие каждой широкомасштабной законодательной инновации в данной области;
- определение культурного значения или риска, который можно предотвратить с помощью права;
- методы, которые надлежит выбрать для выражения символически и социально эффективной нормативности.

Ограничимся несколькими субъективными, но обоснованными замечаниями о том, как анализ местного опыта вносит свой вклад в дискуссию... а следовательно, и в критическую оценку каждой из этих трех плоскостей.

ПОЛИТИЧЕСКОЕ И КУЛЬТУРНОЕ ТВОРЧЕСТВО

Законотворчество в той области, где речь идет о человеке, жизни, науке, репрезентациях и социальной роли, которую мы им отводим, отнюдь не только управленческое и техническое, но и (в самом серьезном значении слова) — политическое и культурное. Если парламенты решают не руководствоваться непосредственным утилитаризмом, сентиментализмом или не идти на поводу у лобби, какими бы благими намерениями те ни объяснялись, если они осознают упреждающее и продолжительное значение законов, которым не следует меняться в зависимости от технических изобретений или изменений в политическом большинстве, — то при определенных предварительных условиях разработать хорошие законы возможно. Прежде всего — чтобы множество дискуссий, неизбежно возникающих в хаосе многочисленных инициатив, в Парламенте можно было бы свести к оценкам. Оценкам разнообразным: обобщающим, противоречивым,

общественным, организованным, в которых не смешивалось бы все подряд — практика, польза, самые разнородные составляющие (этические, психологические, религиозные, научные) происходящего. Как и во всем, для выработки суждения необходимы информация и знание. А ведь квазирелигиозный взгляд на медицину и науку, которого придерживается большинство средств массовой информации, сложность получения достоверной информации (пример оплодотворения *in vitro* пугает) исключительно пагубны для объективного суждения. Вследствие этого закон подвержен влиянию определенного момента или не находится в независимом положении, которое необходимо для демократического суждения.

Не станем также упоминать и некоторые ложные идеи, которые сковывают нашу свободу: например, идею о том, что нельзя запретить нечто, дозволенное в соседней стране. Разве наличие «налогового рая»^{*} мешает государству повышать налоги в соответствии с законом? И если наши законы (например, о проведении опытов на человеке) подтолкнут нескольких исследователей к выезду из страны для того, чтобы поискать на юге менее защищенные в правовом отношении популяции, то кто говорит, что последние не обратятся — и сделают это с удовольствием — к нашим законам, чтобы указать, что принцип недискриминации запрещает делать за пределами страны то, что запрещено у нас? Или еще: даже если тот или иной закон не способствует подпольной деятельности, все равно всегда найдется кто-то, кто нарушит закон. Упразднение Уголовного кодекса не избавляет от существования уголовников. Вопрос касается применения права, а не его содержания. Вместе с тем следует признать, что это вовсе не легко, потому что важные решения тайно принимаются на закрытых заседаниях технических комиссий; более того — потому что нарушение, которое надлежит узаконить, — дело врачей или исследователей, желающих вам лишь добра. И наоборот: то, что повсеместно признано злом, не должно быть легализовано под тем предлогом, что оно создает неразрешимые проблемы. Например, лишние эмбрионы, многочисленные беременности как следствие «накопления зародышей» (какие ужасные слова!), пагубная техническая реакция на несовершенство науки — всего лишь явления,

^{*} Страна, территория, предоставляющая налоговые льготы иностранцам (прим. пер.).

о которых можно сожалеть и которых можно избежать; закон не должен их порождать, это можно объяснить безумной попыткой спастись бегством от действительности; неразрешимость проблем как раз и доказывает отсутствие связи между практикой и той нравственной угрозой, которую оно создает: эмбрионы выбрасываемые, передаваемые, служащие материалом для опытов и т.д., — налицо все средства, чтобы подтолкнуть право, ратифицирующее это явление, к бесчеловечности.

Наконец, право в качестве противодействия тем полномочиям, нарушение которых является источником всех проявлений тоталитаризма, может основываться только на знании опасностей, которые всегда таят в себе социальные силы. А ведь этический, неутопический взгляд на человечество поставлен под угрозу возможностями и средствами современной биологии, точнее — биотехнологии: рынок, который вынуждает завладевать живым или использовать части тела в общественных целях; идеология свобод, вследствие которой путают стремление (даже если это стремление впредь не испытывать ни нужды, ни страданий, ни тревог) с субъективным правом подчинения кого-либо или общества своему стремлению; идеология медицинская, которая, способствуя генетической идентификации, приводит биологов и врачей к тому, что они считают себя в ответе за качество — действительное или предполагаемое — рода человеческого, и возрождает отвергнутый, но существующий спектр евгеники, о котором, впрочем, каждый готов сказать нечто научно-абсурдное.

Но поскольку наука не функционирует по-научному, а движима фантазиями и страстями, то законодатели должны осознавать это и прекратить считать, будто бы то, что представляется как научное, является рациональным и этическим. Перенос научных концепций на область права может вызвать губительные последствия, как произошло в случае с биологами, которые, под предлогом того, что понятие «раса» является псевдонаучным (совсем недавно его считали истинным!), хотели упразднить слова «раса» и «расист» в юридических текстах, вводящих запрет на расовую дискриминацию; ничего лучшего, чтобы сделать невозможными преследование и наказание за дискриминацию, нельзя было и придумать!

Тем не менее, положительные ценности, на которых основано право, по-прежнему нестабильны и таят в себе конфликты. Если не существует идеологических разногласий относительно понятий до-

стоинства, свободы или по поводу чудодейственной ссылки на права человека, то дальше дело не идет, потому что их нужно конкретизировать в практических нормах. Достоинство — для чего оно существует? Для того, чтобы освободить нас от генетических пороков путем отбраковки эмбрионов, что станет возможным в результате определения последовательности оснований в ДНК, или защитить детей, которым предстоит родиться, от волюнтаристской детерминированности взрослых? Свобода — в чем она заключается? В том, чтобы узаконить эвтаназию, несмотря на то что врачебное рвение не имеет ничего общего с врачебным долгом? Разумеется, нет; казалось, до настоящего момента для того, чтобы существовать и являться частью сообщества, человек не нуждался в научном или административном диагнозе; идея свободы играет злую шутку: в час предсмертных страданий, когда необходимы помощь другого и выполнение им своего долга, закон, легализируя убийство по просьбе, подтверждает, что обществу не только безразлично, но даже лучше, что некоторые его члены умрут скорее.

О смешении ценностей — результатах двойственности культурного наследия и неуверенности наших обществ в себе самих свидетельствуют пограничные ситуации; но поскольку вопрос остается открытым, а закон не ратифицирует переход к действию, то риск ограничен.

ТЕОРИЯ ЛИЧНОСТИ И ТЕЛА

Другие случаи более сложны, потому что арбитражу предстоит разобраться с противоречивыми императивами: правом на лечение больного и правом проводить на нем опыты, лечением бесплодия и правом ребенка на родственную идентификацию каждого из родителей без существенной путаницы; правом на тайну и правом на получение конфиденциальных данных о здоровье. Все эти ситуации нуждаются в теории личности и тела, а также в нормах, которые защищали бы субъективное существо от воздействий общества, человека-субъекта — от материализации его тела, — это необходимое условие, чтобы распоряжаться им в целях, которые не являются его целями либо подвергают его ранее неизвестным формам использования.

В 1988 году, признав законным взятие органов в научных целях у несовершеннолетнего мусульманина без согласия его родителей, Государственный совет отдал предпочтение научной свободе перед свобо-

дой религиозной и подвел медицинское действие под исключительное право, нарушающее общее право; так происходит каждый раз, когда не требуют согласия. Точно так же, если закон должен оправдать передачу гамет или, что еще хуже, — эмбрионов, он признает, что гражданская идентичность граждан является предметом обмена и продажи, или что ребенка вынашивают для усыновления. Таким образом, закон уже не сможет противостоять ни рынку генетических заимствований (с целью доказать родство), ни конфликтным вопросам, касающимся поиска доноров, анонимность которых будет лишь временной и не сможет быть гарантирована всем детям, появившимся на свет в результате подобных даров. Как же поступать: обнародовать имена доноров или отказаться такой практике в правовом признании?

Отсутствие логики в решениях, выдвинутых в предварительном проекте ВгаЛапт., крушение принципов при принятии специальных законов об общественном здравоохранении, недостаточно разработанные нормы, касающиеся безвозмездного использования органов и тканей, что отражается только на доноре, но не мешает предпринимателям получать прибыль, — все это свидетельствует о том, что нужно еще немало потрудиться, чтобы воплотить этические требования в юридических актах и сделать возможным осознанный выбор, который неизбежно приведет к отказу от некоторых локальных интересов или выгод.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ПРИНЦИПЫ

Задача законодателя нелегка, хоть и ограничена. В статьях закона не должна содержаться подробная регламентация, прежде всего он должен излагать основные положения и принципы, на основе которых может действовать право, имеющее более непосредственное отношение к управлению. Очевидно, что право предшествует этим положениям и принципам; руководство или социальное обеспечение порой узаконивают виды практики, которые этика или Европейская конвенция по защите прав человека могли бы признать недопустимыми. Но процесс не возбуждается — либо из-за того, что затронуты незначительные интересы (отсутствие согласия при отсутствии телесных повреждений), либо из-за того, что в настоящее время индивидуальные интересы не противоречат друг другу. В плане принципов конфликт перерастает в европейский; Европейская конвенция по защите прав человека вступа-

ет в конфликт с правом, вытекающим из Римского трактата. Совет Европы против ЕЭС? Горшок глиняный против горшка железного? Законы национальные должны будут склониться перед международными.

Право живущего начинается с рождения — нормального следствия овладения источниками жизни, и создается в сложных существующих юридических структурах. То, что оно рождается в спорах и конфликтах, а не диктуется правителями, обнадеживает; право выходит за пределы зала суда, и если есть независимый судья, процедура и ссылки на судебные постановления (наше право даже при отсутствии закона в этом недостатка не испытывает), значит есть некоторые основания надеяться, что мы не утратили разума.

Право — всегда зеркало, удивительное, и которым слишком часто пренебрегают, отражение общества со всем его злом и всеми добродетелями. Хорошо, если бы создаваемое нынче право сумело отобразить не ту жизнь, которую наши аппетиты превратили в средство эксплуатации и управления! Человек как «властелин и повелитель природы» — далеко не все, что есть человек. Праву надлежит подготовить пути к другой судьбе!

КАТРИН ЛАБРЮС-РИУ

Бывший член Национального консультативного комитета по этике в области наук о жизни и здоровье. Профессор права в университете Париж-1/Пантеон-Сорбонна. Опубликовала вместе с Jean-Louis Baudouin: «Produire l'homme, de quel droit?» PUF, collection «Les voies du droit», 1987; «L'Homme, la nature et le droit», под редакцией Bernard Edelman и Marie-Angèle Hennittc, изд-во Christian Bourgois, 1988

ЧЬИ ЭТО ГАМЕТЫ?

МОЖНО ЛИ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ГАМЕТЫ¹, ПОЛУЧЕННЫЕ ПОСЛЕ СМЕРТИ? ЧТО КАСАЕТСЯ ДАННОЙ СФЕРЫ, ТО СУЩЕСТВУЮЩИЕ ПРАВОВЫЕ ПРЕДПИСАНИЯ НЕ ПОЗВОЛЯЮТ БИОЛОГУ ОТВЕТИТЬ НА ВОЗНИКАЮЩИЕ ВОПРОСЫ, ЗАГОНЯЯ ЕГО В СЛОЖНЫЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ СЕТИ. ВОЗМОЖНО, МЕЖДУ «ПРАВОВОЙ ПУСТОТОЙ» И ПРИНУЖДЕНИЕМ ЕСТЬ МЕСТО ПРОСТРАНСТВУ СВОБОДЫ.

Я — биолог в области воспроизведения человека, и моя повседневная деятельность заключается в том, чтобы вести наблюдение за гаметатами, манипулировать ими, замораживать и использовать их. Этим занимаются многие практикующие врачи — специалисты по искусственному оплодотворению; я действую и мы действуем, как мне сказали, в «юридическом вакууме». Это неизведанное пространство привлекло меня, я попыталась прозондировать его, исследовать — разумеется, вместе с юристами соответствующего профиля.

Первым делом удивляет то, что в писаном законе право ничего не говорит о гаметах, их не существует; но интерпретация позитивного права и ссылки на юриспруденцию помогают попытке дать им определение. В гражданском праве противостоят два постулата:

- Яйцеклетки и сперматозоиды составляют часть человеческого тела. Но при жизни субъекта тело есть «личность». Таким образом, гаметы являются составляющей человеческой личности, они квалифицируются как субъект права, они не могут быть переданы, распространяемы, проданы иначе, как путем юридически узаконенной торговли. Вот так мы, биологи, работающие в области воспроизведения человека, ежедневно оказываемся правонарушителями! Действительно, человеческая личность, а следовательно, и ее составляющие, не подлежат передаче и разделению, на них распространяется *noli te tangere* — принцип неприкосновенности (ст. 34 Конституции). Знаете ли вы, что означает это выражение? С такими словами Христос обратился к Марии Магдалине после Воскресения: «...не прикасайся ко Мне...»*. Но это также и

* Иоан. 20:17. (прим. пер.).

ботанический термин, название большого бальзамина*, растения, которое, стоит к нему прикоснуться, выстреливает семенами...

• Яйцеклетки и сперматозоиды существуют вне человеческого тела. Они — «предметы», то есть объект права. Согласно этому второму принципу, гаметы являются товаром, которым юридически можно торговать, то есть они могут быть предметом договора о дарении. Не определяет ли постановление от 22 августа 1980 года сперму как простой «биологический продукт человеческого происхождения», фиксируя тариф ответственности касс социального обеспечения? Такая классификация в настоящее время позволяет также любому мужчине или любой женщине завещать свои гаметы, то есть свое генетическое достояние, тому или иному лицу по своему усмотрению.

Ни один из приведенных юридических постулатов не кажется мне удовлетворительным, следовало бы разработать юридическое понятие собственно гамет... но какое?

Предоставление крови или органа, будучи предоставлением части человеческого тела, не затрагивает всей индивидуальности донора, они становятся для реципиента лишь одним из элементов личности; это обезличенные элементы человеческого тела. Специфика же гамет заключается в том, что они являются векторами генетического наследия и генотипа личности, то есть их невозможно считать обезличенными. Человек — обладатель сверхчужестепенных, лежащих вне пределов юридической торговли, прав (как, например, права на свободу, на сопротивление притеснению и т.д.) и прав наследственных: уступаемых, передаваемых юридически. Тогда нельзя ли рассмотреть — с тем, чтобы определить, и даже ограничить — права и власть человека на личные субъектные объекты прав, каковыми являются гаметы? Таким образом можно было бы ответить на конкретные ситуации, на нерешенные вопросы, когда позитивное право не имеет (даже по аналогии) никакого ответа.

Итак: можно ли свободно создавать запасы гамет, чтобы использовать их просто по просьбе некоего лица, либо по врачебным показаниям? Можно ли по собственному усмотрению предоставлять кому-то эти гаметы при жизни донора? Можно ли производить оплодотворение

* По-русски — недотрога (*прим. пер.*).

после смерти донора? Можно ли отдавать свои гаметы? Дарение гамет, дозволенное или не дозволенное законом, практикуется. Как оно отражается на усыновлении? Усыновление — социальное право. В нашем обществе относительно обоих родителей и всех родственников по восходящей отцовской и материнской линии оно не дифференцировано. Усыновление позволяет ребенку иметь имя, которое фиксирует его социальную идентичность, быть на содержании, подчиняться родительской власти, пользоваться правом наследования и т.д.

УСЫНОВЛЕНИЕ И ОСПАРИВАНИЕ

В о Франции Гражданский кодекс не предоставляет преимуществ биологическому усыновлению. Оно является одной из составляющих понятия усыновления, в которое входит добровольное усыновление (запись в акте гражданского состояния) и социально-аффективное усыновление или признание обществом *status quo*. Действительно, по закону от 3 января 1972 года при усыновлении принимается во внимание не только факт биологического рождения. Этот мудрый принцип подвергается нападкам со стороны судей и кассационного суда, которые в последние годы явно сплотились ради особой поддержки биологического фактора. Стремилась ли она для оправдания своих решений к неопровержимой истине... или отдавали предпочтение врожденному, а не приобретенному? Существует два вида усыновления: • Законное усыновление ребенка, рожденного в браке. Его родство с матерью устанавливается свидетельством о рождении, а в случае опровержения доказывается фактом родов. Его родство с отцом считается истинным: это муж матери, поскольку в свидетельстве о рождении указано, что ребенок рожден от обоих супругов. В случае распада брака вследствие смерти или развода, презумпция отцовства мужа устанавливается только в период с 180-го по 300-й день, предшествующий рождению ребенка. Старая поговорка «*Mater certissima est, sed pater semper incertus*»^{*} позволяет оспаривать подобное усыновление.

Оспаривание материнства замужней женщины по закону невозможно, если в свидетельстве о рождении ребенка записано, что он рожден от обоих супругов, и подтверждено признанным *status quo*. Однако

^{*} «Мать всегда достоверно известна, но об отце этого никак нельзя сказать» (прим. пер.).

такая возможность существует в случае *присвоения ребенка*; речь идет о ребенке, записанном в акте гражданского состояния как рожденном от не рожавшей его женщины (подобное возможно при наличии суррогатной матери или в случае заимствования матки); тогда это — преступление, наказуемое согласно Уголовному кодексу.

Оспаривания отцовства могут требовать: а) муж в течение шести месяцев после рождения или заинтересованное лицо после того, как узнает о рождении; как первый, так и второй должен будет доказать, что не является отцом; б) мать или ее новый муж — тогда потребуется доказательство «неотцовства»; в) любое из заинтересованных лиц в течение тридцати лет, если возникает конфликт между двумя претендентами на отцовство.

• *Усыновление внебрачного ребенка* устанавливается как обоими родителями, так, возможно, и одним из них. Признание отцовства — добровольный акт, как на основании свидетельства о рождении, так и вследствие признания *status quo*; и в первом, и во втором случаях — это лишь презумпция истины, ибо может быть доказано противоположное. *Оспаривание отцовства* возможно в течение тридцати лет для любого заинтересованного лица: матери, ребенка, семьи, прокуратуры и даже для лица, признавшего свое отцовство, если только он не сообщил ребенку о признании *status quo* десятилетней давности. При наличии последнего оспаривание отцовства возможно лишь со стороны матери, ребенка или тех, кто считают себя настоящими родителями.

При родстве с матерью, доказываемом фактом родов, биологическое доказательство ложности этого родства для судов не является достаточным основанием.

Но это «пространство» ограничено законом об усыновлении и фундаментальным, «не подлежащим переуступке», как говорят юристы, правом: «запрет на отказ от *status quo* для любого лица». Как искусственное оплодотворение приспособится к этим нормам?

При осеменении спермой мужа или сожителя, при оплодотворении *in vitro* с перенесением эмбриона (FIVETE) сразу или после замораживания эмбриона не допускается оспаривание усыновления в силу подлинности признания. Вместе с тем парижский суд высшей инстанции принял решение об отказе в отцовстве в одном из случаев FIVETE! Заявление, сделанное мужем, было действительно как предоставленное ранее чем через шесть месяцев после рождения ребенка, а доказатель-

ства ложности родства с отцом основывались на исключении отцовства по результатам анализа крови, что подтверждалось отсутствием предполагаемого отца в момент P1УЕТЕ, что доказано за пределами Франции.

Осеменение вдовы консервированной спермой покойного лишит ребенка его родства с отцом. Ребенок будет незаконным, поскольку родится позднее чем через триста дней после смерти отца. Умерший, даже если он этого хотел, не мог бы признать ребенка до его зачатия.

Искусственное оплодотворение донором (ИОД) широко открывает двери оспариванию отцовства. Решение об отрицании отцовства вынесено в 1976 году судом высшей инстанции Ниццы, в 1986 году — судом высшей инстанции Парижа на основании доказанного бесплодия мужа, несмотря на законное усыновление. Согласие мужа никоим образом не повлияло на разрешение данной тяжбы, читаем мы в отчете суда. Противоположный случай: в 1984 году судом Сен-Мало было отклонено требование об отрицании отцовства; его выдвигала разведенная и повторно вышедшая замуж мать. Анализ крови исключил и первого, и второго супруга, ходатайство было отклонено, и первый муж остался отцом ребенка.

Три процесса на примерно двадцать тысяч детей, рожденных при ИОД — совсем немного, но когда речь идет о супружеских парах, то условия обоснованности ограничены и строго охраняют родство ребенка даже после развода. В отличие от этого внебрачное родство по отцу неустойчиво, оно допускает оспаривание в течение тридцати лет любым заинтересованным лицом.

Я с удивлением обнаружила всего лишь одно решение апелляционного суда Тулузы в 1987 году, которое ссылалось в этом случае на ИОД. Мотивировка судебного постановления подчеркивает незаконный характер ИОД, но особенно поразителен был совет, данный истнице, не находящейся в законном браке: «добиваться, чтобы за это ответил врач, который провел операцию по оплодотворению»!

Не свидетельствует ли уже один этот процесс о том, что нет никакой необходимости упоминать о ИОД, чтобы собрать доказательства для оспаривания при усыновлении побочного ребенка. Тайна ИОД — она может быть соблюдена и скрыта даже от суда!

Искусственное осеменение донором может создать конфликтную ситуацию для обоих лиц, оспаривающих отцовство. Мы часто сталки-

ваемся с просьбой об осеменении спермой брата, члена семьи; чтобы такая ситуация возникла, достаточно, чтобы кто-то из них признал ребенка с момента зачатия.

Совсем другое положение — сдариением яйцеклеток Дня нары, супружеской или нет, дарение яйцеклеток не допускает оспаривания материнства: мать — та, которая родила. Генетический донор не может претендовать на материнство, каким бы ни было дарение — анонимным или нет. Усыновление ребенка охраняется законом. Связывая материнство с родами, законодатель возвел стену!

Во Франции дарение сперматозоидов — практика давняя, дарение же яйцеклеток началось недавно. Эта процедура бесплатна, обычно анонимна. Здесь мы выступаем в роли посредников, возможно, не вполне осознавая ответственность и обязательства перед законом. Мы располагаем картотеками, и даже административными делами, ведение и доступ к которым регулируется гражданским правом. Возможности доступа и сообщаемая информация оказывают воздействие на частное право задействованных лиц. Вот таким образом в сложной законодательной сети задействованы мы, врачи, причастные к дарению гамет.

ТАЙНА ПОД УГРОЗОЙ

Каждый именной каталог, информатизированный или нет, должен декларироваться в национальной комиссии «Информатика и свобода».

В интересах общественности минимальные данные, в которых непосредственно проявляется расовая природа, требуют, помимо согласия заинтересованного лица, также и постановления Государственного Совета, в основе которого лежали бы выводы комиссии.

Любое физическое лицо имеет право на законных основаниях возражать против того, что касающаяся его информация делает его объектом лечения».

Эти три статьи закона об информатике и свободе предписывают нам декларировать наличие каталогов; выполнять просьбу об изменении фамилии лиц, которые хотят оградить свою личную жизнь; обеспечивать любому лицу, которое фигурирует в наших каталогах (родители, ребенок, возможно, донор) прямой доступ к ним. Эти правила ставят под угрозу соблюдение анонимности доноров гамет.

Если мы хотим, чтобы *анонимность донора* была абсолютной, мы должны изъять фамилию донора сразу же после дарения. Но странное дело, против такого радикального решения восстает сам врачебный корпус. Вместе с тем мне вовсе не кажется, что вместе одновременно с устранением идентичности (фамилия и место рождения) изымаются медицинские сведения, касающиеся донора! Мы должны также сделать невозможным какое бы то ни было сличение идентичности донора и просителей, установление связи донора с зачатием ребенка. Наконец, — устранить малейшую возможность корреляции фенотипических и биологических характеристик с личностью донора.

Если, помимо прочего, *о неразглашении тайны зачатия ребенка* (то есть того, что были использованы гаметы) просят будущие родители, мы обязаны запретить возмещение «биологического продукта» со стороны социального обеспечения; постоянно изменять фамилии всех претендентов и, наконец, уничтожить каталог «просителей» сразу после зачатия или после рождения ребенка. Как же соблюсти тайну (даже при самых благих намерениях) при неизбежных посещениях гинеколога, акушера, клиники, в которой женщина рождает, педиатра, который наблюдает ребенка, при том, что на медицинских карточках значатся огромные красные буквы аббревиатуры ИОД, а затем — ДО (дарение яйцеклеток)?

Эти утопические и невыполнимые обязательства, которые мы берем на себя, незаконны еще и с точки зрения частного права. Действительно, даже если дела, которыми мы располагаем, не являются именными, то при возникновении конфликта судьи будут считать их административными документами, доступ к которым может быть разрешен. Аргументы, собранные судьями, будут медицинским обоснованием манипулирования гаметами, подкрепленным взятием расходов на себя службой социального обеспечения и соответствием СЕСОС статусу общественного учреждения.

В какое же двусмысленное положение ставит нас смешение общественного права с частным!

Мой вывод — по окончании исследования — заключается в признании не юридического вакуума, а пространств свободы, подчиненных праву. Они прекрасно определены статьей 5 Конституции 1791 года, вновь введенной в действие в 1958 году: «Закон имеет право запрещать только такие действия, которые приносят вред обществу. Все-

му тому, что законом не запрещено, препятствовать не дозволено, и никого нельзя принуждать делать то, чего он не предписывает». Юристы сталкиваются с фактами, появившимися вследствие нашей собственной инициативы в сфере продолжения человеческого рода. Роль юристов и законов состоит не в том, чтобы оценивать факты, а в том, чтобы определять нормы. На нас, медиков и биологов, закон возлагает ответственность за то, чтобы наша деятельность не становилась вредной для общества и человеческой личности.

1. Гаметы — это половые клетки, то есть сперматозоиды и яйцеклетки.

МАРИ-ОДИЛЬ АЛЬНО

Педиатр, биолог, работающий в сфере воспроизведения человека. Возглавляет Исследовательский Центр по вопросам консервации яйцеклеток и спермы (SECOS) клиники Неккер. Президент Комиссии по этическому анализу и деонтологии SECOS. Генеральный секретарь французской федерации SECOS

НОВАЯ ИГРА ЗАКОНОВ

ЕСЛИ ДО СИХ ПОР В СФЕРЕ ЗАЧАТИЯ И ВЫРАЩИВАНИЯ ПЛОДА С ПОМОЩЬЮ МЕДИЦИНСКИХ СРЕДСТВ ДЛИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ ДОМИНИРОВАЛИ ВНУТРЕННИЕ ПРАВИЛА, ТО ОТНЫНЕ К НИМ ПРИСОЕДИНЯЮТСЯ ЛИБЕРАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ И ПРОЕКТ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ.

КТО СОЗДАСТ ЗАКОН? БИМЕДИЦИНА ИЛИ ПРАВО? В ЛЮБОМ СЛУЧАЕ, ЭТО ПРОИСХОДИТ НА ФОНЕ ПРОТИВОРЕЧИЙ ПРАКТИКИ И ОПЫТА, ОТМЕЧЕННЫХ ТЕНДЕНЦИОЗНЫМ ЭМПИРИЗМОМ. ОТСЮДА СЛЕДУЕТ, ЧТО ЭТИКА, С ОДНОЙ СТОРОНЫ, ОТРАЖАЕТ ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ, ТАКИЕ КАК ВОПРОС О ДЕМОКРАТИИ, А С ДРУГОЙ — СКРЫВАЕТ ИХ ОТ ОБСУЖДЕНИЯ.

«Искусственное оплодотворение... Следует ли его узаконить?» Непрекращающиеся сомнения относительно предварительного проекта закона «Науки о жизни и права человека», подготовленного Государственным Советом¹, вот уже более года обнаруживают замешательство и отражают политику выжидания относительно навязчивой проблемы, постоянно присутствующей в дискуссиях о биомедицинской этике начиная с 1984 года. Невозможно поверить в консенсус как относительно клинической практики, так и по поводу закона. Парламентские дебаты практически не велись, предварительный проект закона был принят в необычайно спешном порядке, касающиеся же его проблемы были обсуждены заранее, после тайного согласования с представителями биомедицины и компромиссов с этическими инстанциями. Создается впечатление, что главный редактор закона г-н G. Braibant руководствовался «почти всеобщим согласием» и хладнокровной констатацией существования подобной практики, заявляя: «Искусственное оплодотворение сегодня есть факт [...], надлежит его организовать». Однако переход «от этики к праву» может осуществляться мирно, без прессы глубоких разногласий и враждебности, только если проект закона способен обеспечить примирение и соблюдение как «фундаментальных прав науки», так и «прав человека перед лицом науки». Компромисс между гуманизмом и сциентизмом оказался не просто проблематичным, но даже невозможным, настолько идеологизированы были обе

стороны. Кстати, разве желательно, чтобы политика, а затем и право, идущее по ее следам в оптимистическом видении медицинского и научного мира, проявили нарочитую сдержанность в этих вопросах, цинично игнорируя волнения общества и критику? Кстати, чтобы иметь ценностное и нормативное значение, право и закон не должны равняться на группы давления. Они должны создать независимое пространство, специфическую территорию компетенции, а также четкое представление о проблемах.

Непохоже, что после того как научные и корпоративные институции вызвали социальные размышления в исключительно чувствительных секторах медицины воспроизведения и генетики, они непременно спешат обратиться к законодательству. Кажется, их сотрудникам понравилось работать в созданных ими комиссиях по врачебной этике и довольствоваться выработкой собственных биоэтических правил, своих норм и границ, поскольку речь идет о методах, которые они уже считают рутинными. Такой образ действий, когда операторы становятся поочередно то судьями, то участниками, если и приемлем для исследований в профессиональной деонтологии, то не вполне достаточен для этики, как и она, в свою очередь, не гарантирует защиты интересов граждан. Совсем наоборот, появляется риск придать медицинскому сектору искусственного оплодотворения (ИО) статус государства в государстве.

Сектор искусственного оплодотворения, заставивший много говорить о себе, ставший предметом по меньшей мере четырех обсуждений и исследований Национального комитета по этике, двух докладов, заказанных правительством, и бесчисленных заседаний, существует на основе саморегуляции. С 1973 года и до того времени, пока не возник вопрос о законе, предусмотренные SECOS правила (безвозмездность спермы и анонимность ее донора, передача от одной супружеской пары другой и т.д.) были единогласно поддержаны и профессионалами, и государственными органами. Система SECOS засекретила институцию для законов и видимых целей, обеспечивая цельность ее внутренних инстанций. С приходом второй волны, волны E1UETE, которая обострила соперничество между наукой в целом и отдельными ее секторами, проявился некий феномен — более загадочный, несмотря на кажущуюся открытость внешнему миру (обращение к третьим лицам, не имеющим отношения к сфере биомедицины, консультации у исследователей и клиницистов, представляющих другие дисциплины).

Но такое теоретическое стремление к открытости обусловило дополнительное обдумывание, свободное от чрезмерного влияния как необходимости решать безотлагательные задачи, так и status quo биомедицинской практики. Точно так же внешнее сотрудничество зачастую ограничено в плане признания и легитимизации этих методов, в результате анализирование всегда происходит с некоторым опозданием. Бесплодие и сопутствующие ему страдания вместе с тем не относятся к «первоочередным проблемам человечества», как писала Анн-Мари де Вилен, оправдывая появление подобного движения в этике.

ВОПРЕКИ ПРАВИЛАМ

Крайне симптоматичный аспект неприятия закона некоторыми практикующими врачами и биологами — очевидное *нарушение* предписанных или рекомендуемых границ, и даже старых СЕСОСовских правил. Так, из прессы сразу же становится известно, что частные или государственные центры продолжают практиковать оплодотворение *in vitro* или искусственное осеменение вопреки решениям министерств. Или что группы, нарушая такие нормы, как анонимность (которые между тем во Франции, если они основаны на консенсусе, соблюдаются), практикуют открытую передачу яйцеклеток (приводят своего донора...).

Тогда доказательством обоснованности такой практики является удовлетворение анонимных пациентов. Таким образом, оправданием упорства или приверженности FIV, несущей в высшей степени гуманное знамя «непреодолимого желания иметь ребенка», является санкция, основанная на защите интересов пользователя... Подобное благородство врачей не исключает дорогостоящих, порой авантюрных (таких, как передача гамет или эмбрионов, замораживание и пр.) методов, и в то же время предполагает точную *оценку* вероятности успеха или показателей этой вероятности.

Что касается оценки, то следовало бы удовлетвориться однозначной информацией врачей и биологов, поскольку сектор FIV никогда строго не соблюдал правил экспериментирования на человеке. Несистематическая (с точки зрения измерений и контроля, критики принимаемых действий, лечебных и технических методов) самооценка приводит к эмпиризму. Сегодня (а происходит это потому, что полеми-

ка о вероятности успеха искусственного оплодотворения длится долгие годы) практикующие специалисты объявляют о своем намерении получить самые что ни на есть прозрачные результаты и усовершенствовать национальный перечень данных².

Такая четкость статистических данных, если для них найдутся средства, будет важным количественным орудием прежде всего эпидемиологическом и клиническом планах. Но она не охватывает всех измерений ни оценки социальной, ни даже оценки лечебной, которая включала бы также качественную сторону, строгое изучение методов и сферы их применения, ввиду того, что «бесплодие — недостаточно четко определенная болезнь»³. Как логика удовлетворения запроса не совпадает с врачебной этикой, так и зашифрованные данные не могут быть полезны для политики здравоохранения...

Врачебное или научное нарушение (если это не сюжет анекдота) свидетельствует о силовых отношениях и современном давлении на основные принципы. С одной стороны, регламентации и проекты законов, о которых спорят, поиски утонченной этики, а с другой — просьбы, мольбы супружеских пар и, что еще более драматично, то страдание, которым и является бесплодие, — все это довлеет, побуждает переходить к действиям, одолевая самую сложную часть пути, преступать этические пороги, выходить за пределы регламентированного. Мало-помалу начинает наблюдаться смещение логики медицинской санкции в сторону развития защиты интересов пользователя. Процедура удовлетворения спроса, соответствующая либеральной модели рыночной экономики, теперь отвечает обязательному гуманизму. Вместе с тем через многочисленные неожиданно стыдливые дискуссии о бесплатности «лечебных методов» при бесплодии (начиная с чисто медицинских действий и заканчивая передачей спермы, яйцеклеток или эмбрионов, все объединено «100%-ным покрытием расходов») красной нитью безмолвно проходит мысль о стоимости биомедицинских операций.

По сути, либеральная модель и нормативный проект пребывают в конфликте, и всякий раз, когда регламентирование или оценивание имитирует прогресс, следующий иной логике, нежели лечебный утилитаризм, они смотрят друг на друга с недоверием, как на препятствие медицинской свободе, как на источник равнодушия к отчаянию бесплодия, и даже как на обскурантизм.

РАМКИ СУЖДЕНИЙ

Проект закона Braibant вступает в этот конфликт, вновь подтверждая принцип свободы предписания. А фигура врача для пациента (по сути, для бесплодной четы) как раз и является основополагающей. Как бы там ни было, юрист предлагает высветить «субъективность» и «личное мнение» лечащего врача, до сих пор не располагающего «ссылкой на четкую, однозначную, императивную норму». Не посягая на прерогативы врача, очертим рамки его суждений в том, что выходит за их пределы или превышает простой клинический опыт, такой как передача гамет или эмбрионов (дарение, замораживание/консервирование), а также медико-социальные критерии в определении тех, кто имеет право на эти «лечебные методы».

Действительно, предписания, предложенные проектом закона, не вполне соответствуют методам управления ИО, созданным представителями профессии; помехой тому — их собственные институционные и технические императивы. Управление стало более упорядоченным после введения зафиксированных в законе правил (которые и были созданы в результате такого управления), относящихся к медицинской практике. Стремясь к компромиссу между единодушно признаваемой свободой врача и необходимостью навести порядок в практике Р1У, которая считается «анархической», проект закона устанавливает нормативную повторяемость саморегулирующейся практики и территории права. Намерение превратить закон в третью инстанцию, выведенную за обычное поле регулирования и через свои нормативы освещающую поведение и решение врачей, не привело к созданию истинного правового пространства. Закон также признает легитимным предложение медиков прибегнуть к ИО тем лицам, которых лечащие врачи считают бесплодными, а также исключительно медицинскую подготовку к операциям, которые, впрочем, не являются лечебными (передача спермы, яйцеклеток и зародышей) и для которых в данном случае требуются здоровые люди (плодовитый партнер и доноры) и, соответственно, их оплодотворяющая сила.

Не подменяя собой право, соглашаясь с демаршем прагматизма и научным и медицинским представлением проблем, проект закона Braibant всего лишь вторит биоэтике в самом широком, наименее динамичном представлении о ней: дублирует ее в окрашенных нравственно-

стью неоконцепциях и технических описаниях. Эффект дублирования усиливается рационалистским тоном: то, что делает закон или то, после чего он провозглашается, при прочтении кажется не политической или правовой почвой, а основой для тех-нонауки и ее императивов. Между нормативными и техническими сферами при вялом консенсусе происходит своеобразное столкновение, которое устраняет трения и противоречия или пренебрегает ими, так как относится скорее к философскому или богословскому, а не политическому кругу вопросов.

Видно, что право подписалось на роль метаэксперта и на выполнение миссии юридического поглощения результатов биомедицинских методов. Оно перестало быть независимым арбитром, утрачивая полномочия предварительно высказываться о ценности методов и верно очерчивать их контуры. Адаптировать право к методу и биомедицинскому учреждению, примирить технические и нравственно-правовые нормы... — задача, намеченная юристами, которая может быть решена лишь ценой *компромиссов и уловок* (таких, как неупоминание производителей — доноров спермы и доноров яйцеклеток и зародышей при введении анонимности). Действительно, такая деятельность человека, каковой является оплодотворение, нелегко покоряется «лечению» с помощью техники или усилиям клинического или научного учреждения, как не просто приспособливается она к внебрачности дара. Предписание, полученное юристами, кстати, было само по себе строгим, поскольку в нем требовалось упорно защищать юридические схемы мышления, такие как определение материнства и отцовства, личности, субъекта права, а также норм и общественных институций, таких как «классическая семья», упоминаемая в проекте Braibant...

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЭТИЧЕСКИЙ ДИСКУРС: АНАЛИТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ

Еще до какого бы то ни было упоминания о законодательстве французское государство пожелало стать первооткрывателем аналитической модели медицины и науки, междисциплинарной и исключительно этической. Кроме Национального комитета по этике с его взвешенными мнениями, комитетов, существующих при клиниках, а также при научных и корпоративных учреждениях и организациях, для консультаций были приглашены многочисленные эксперты; были

составлены официальные отчеты, исходящие из комиссии «мудрецов», назначенных правительством⁴, от престижного Государственного Совета⁵, Высшего Совета по вопросам населения и семьи⁶, было проведено несколько десятков заседаний национального уровня, среди которых одно — по проблеме «Генетика, зачатие и право»⁷ — по инициативе правительства. Министры R. Badinter, E. Hervé, M. Barzach, C. Evin, без колебаний выходили на трибуну и отбросив опасения, высказывали свою точку зрения на искусственное оплодотворение или же на осеменение как на «новый метод» воспроизведения, а также на необходимость издавать законы либо не делать этого.

Последние пять лет, в течение которых формировался «национальный этический дискурс, характеризовались широко подхваченной средствами массовой информации гиперактивностью. Это были собрания экспертов, скорее играющие на зрелищности⁸, нежели истинно научные, на которых вопросы этики была напрямую переданы общественности. Они опирались на дискуссию, в глубине которой вырисовывался проект закона.

Эта установка на широкую дискуссию несомненно преследовала педагогическую цель: достичь консенсуса вследствие капиллярности. Совместными действиями, начиная с непосредственных операторов ИО (техников, врачей и биологов) и заканчивая широкой публикой, прибегая к посредничеству экспертов, предполагалось вызвать коллективное одобрение научно-технической эволюции в медицине, не считаясь с очевидным смутным беспокойством; в этом были задействованы и профессионалы, и причастные к выработке решений политики. Но такой способ общения, уже по форме, будь она традиционной или лекционной, держал публику на расстоянии и потому в ее глазах эти дебаты «мудрецов» выглядели несколько ирреально или искусственно.

Пессимистическая гипотеза усматривает в этой выпяченной и не лишённой ораторских эффектов установке скорее рост «профанизации» и, скорее, укрепление позиции специалистов (по действительно актуальным вопросам, в том числе по вопросам морали), нежели просвещение публики.

Это определяет и способ постановки вопроса: вместо того чтобы исходить из зачатия — функции человека, в которой мудрость не передается через обладание техническим знанием, в которой граница между специалистами и невеждами не является научной, — исходят из

имеющихся в наличии технических средств (и даже тех, которые появятся в будущем) и тех медицинских методов, благодаря которым так называемое оплодотворение получило название искусственного. Дискутирующие пустились в размышления и догадки о возможных отклонениях, забыв о том, что означает сделать ребенка и как «делается» ребенок.

Сценическая установка на громкие дебаты об искусственном оплодотворении подразумевала постоянный сговор между учеными-экспертами и лицами, принимающими решение. «Педагогика» этики, преподносимая этими экспертами, проект ее популяризации и, что выглядит еще более амбициозно, просвещение также не соответствуют демократии в научном и медицинском выборе — поскольку мнения экспертов не могут выражать позицию индивидов и общественных сил или подменяться ими, как не могут сверхмотивированные позиции индивидов, постоянно присутствующих на публичных дебатах по этим вопросам, считаться «общественным мнением».

При отсутствии серьезного опроса общественности полномочия экспертов ощутимым образом колеблются: от речей во имя специальности до немногословных высказываний во имя (блага) общества.

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ — МУДРОСТЬ

Отстранение граждан и гражданок стало еще сильнее ощущаться из-за того что эксперты опираются на существующий социальный порядок. Зачастую, достигнув вершины карьеры, они занимают важные посты, получают власть в соответствующих отраслях и, пользуясь своим официальным статусом, изображают из себя мудрых. Воплощают ли они, претендуя на роль специалистов «по качеству», этику и являются ли представителями общества, многогранного и неоднородного по ожиданиям, образу жизни и составляющим (женщины и мужчины, поколения, социальные группы и т.д.)? Неизвестно. Альтернатива — выдвижение в ранг специалистов по этике социальных и нравственных авторитетов. Можно было бы поступать иным образом: проводить консультации среди общественности, приглашать ее к размышлению над медицинскими и научными методами, с учетом становления общества, как происходит в других отраслях. Следует сказать, что связь между гражданским обществом и этикой, управлением этикой, по-прежнему немислима без уста-

новки на обдумывание, установки, датируемой 1984 годом, которая показала, что общество в значительной мере занимает позицию наблюдателя. Только один пример: проф. Жан Бернар в качестве гарантии того, что общество представлено в возглавляемом им Национальном комитете по этике, выдвигал наличие избранных (депутатов или сенаторов). Однако ни один из этих избранных не имел мандата, позволяющего заседать в этой инстанции, которая, к слову, вовсе не парламент по этике...

Кроме того, демократия, которая проявляется в парламентском представительстве и всеобщем избирательном праве, не может быть приравнена ни к мандату члена Комитета по этике, ни к назначению по кооптации. Процедура и критериями назначения полностью ведают политические власти (соответствующие министры) и институциональная опека исследовательских и образовательных учреждений⁹. Политическое представительство в рамках Комитета по этике определяется подбором «идейных групп», в частности, когда речь идет о представителях различных религий. Плюрализм подобной институции демонстрируется, но он не предполагает и не гарантирует того, что общество действительно будет там представлено. Неоднозначность слов его президента — на самом деле лишь отражение неоднозначного состава и полномочий этой институции, кстати, авторитетной, выполняющей роль посредника между представителями науки и обществом.

Формальный плюрализм иногда вызывает споры по поводу скорее синкретического, чем эклектического оборота и подвергает его экспертизе. Постоянное привлечение к опросам о «заимствованиях матки», «перекрестном оплодотворении», «передаче спермы и яйцеклеток» или «других зародышей» «определенного» врача, «определенного» биолога, «определенного» антрополога, «определенного» юриста, «определенного» философа, «определенного» социолога, «определенного» священнослужителя и, наконец, уполномоченных мандатом корпусов не дает однозначного ответа на эти вопросы, что не позволяет ощутить трансверсальности такого плюрализма. Темп этих обменов, формирование точек зрения с течением времени и согласно представляемым ими дисциплинам, привлекли экспертов к совершенно прагматическим вопросам, обозначенным самими операторами. Если рассматривать методы и то, как они отражаются на оплодотворении, то становится ясно, что биоэтика, включая различные аспекты, развивается вокруг основных методов ИО и ежедневно возникающих вопросов, например,

вытекающих из эндогенных этических размышлений «племени» врачей и биологов, работающих в этой области. Нередко причиной сложности бывает синкретизм, вызванный междисциплинарностью, с трудом осуществляемый реально, а также казенный медицинский и технический язык, служащий для перечисления основных этических затруднений, возникающих в ходе его формирования; антропологических, культурных и общих концепций оплодотворения:

«Отцы зародышей *in vitro* аргументируют требование сохранить эти зародыши реализацией собственного отцовского проекта по продолжению рода», они также «могут намеренно передать один из этих зародышей, чтобы реализовать отцовский проект другого. Передача зародыша *in vitro* является побочным явлением при реализации проекта отцовства другого. Она может распространяться только на лишние зародыши» (статьи 670-671 проекта закона).

«Передача зародышей может осуществляться только по медицинским показаниям», «в случае, если отцы зародышей осуществили свой проект отцовства или отказались от него до истечения срока консервации» (Комитет по этике, документ «Современное состояние исследований, проведенных комитетом, по передаче гамет и зародышей», декабрь 1989 года).

Таковы новые термины, с помощью которых постепенно формируются новый способ оплодотворения, новая концепция зарождения, которая, по-видимому, возникает из промышленной собственности, и которую из-за фактической оплошности Комитета по этике, говорящего о «некоммерциализации передачи», нельзя отвергнуть.

Эта новая терминология — не более чем жаргон, который вырабатывает любой социальный сектор, она также определенным кодом для специалистов, который фиксирует биомедицинскую и техническую репрезентацию и на который опираются специалисты.

ПОЛЕ И ПРЕДМЕТ ЭКСПЕРТИЗЫ

Биоэтический волюнтаризм в ответ на насущность открытий и проведения экспериментов, усиленный повышенным интересом к искусственному оплодотворению, породил стиль «*прет-а-пансе*»* —

* Неологизм, образованный по аналогии с «*прет-а-порте*» — «готовая одежда» (прим. пер.).

«готового осмысливания», который является порой неудачной адаптацией рефлексии к технике. Биоэтическая риторика пронизана двумя параллельными линиями рассуждений: утверждением научно-технической неизбежности и спекуляцией на «праве на ребенка» как новом «лечебном» праве.

Эти неоправа, объективные или потребительские, возникшие вследствие дебатов об искусственном оплодотворении, пока еще пренебрегают экспериментальным характером ИО, тогда как вопроса об их медицинской и социальной значимости обычно в дебатах по этике избегают. Как, в равной степени, не говорится и о ветеринарном происхождении методов, применяемых к телу женщины, таких как стимуляция яйцеклеток, проводимая ради «увеличения шансов на успех». Довольно быстро в этом усмотрели обычное техническое применение без последствий. Это означало нежелание признать влияние продуктивистской модели зоотехники, из которой возникли методы ИО, и его ятрогенные воздействия на оплодотворение у людей: сверховуляция, замораживание, хранение «лишних зародышей», «снижение числа зародышей». Конечно, была открыта широкая дискуссия о зародыше как «потенциальной человеческой личности», которая завершилась в 1986 году, при этом Национальный консультативный комитет по этике отказался определить пороги гуманности, как сделали те, кто говорил о «предэмбрионе». Но, сосредоточиваясь на нравственности и философии, безусловно необходимых, рефлексия ограничилась тем, что не выходит за рамки философствования или гуманизации неудач биомедицины, одной из которых и являются эти надоедливые зародыши, «живые» доказательства неуправляемости искусственного оплодотворения.

Поле и объекты экспертизы были, таким образом, очерчены исследованием нравственной и юридической сфер действия методов ИО, о научном и техническом выборе речь не шла. Иногда даже упускали из виду, что хранение зародышей не относится к лечению и что, даже будучи соотносенным с родительской парой и контролируемым в применении, оно открывает дорогу договорной работе по воспроизведению человека. Возражения экспертов, за исключением католической церкви, ограничивались составлением перечня опасностей нарушения допустимых пределов и выхода за них вследствие чрезмерных социальных притязаний. Лечение стало главным действующим лицом, неотразимым доводом, с помощью которого, как мы видим, получали права изначально

отвергаемые методы, такие как предварительным генетический анализ при исследовании эмбриона или плода. «Право на ребенка» сменилось сегодня новым медицинским законом, перенесенным и на другие фундаментальные права личности, — правом на нормального ребенка или, скорее, правом не производить неполноценного ребенка.

В качестве фактора риска рассматривается социальное применение искусственного оплодотворения. Постепенно образовался своеобразный bestiary потенциальных злоупотреблений ИО, который питается заключениями биомедицинских воинствующих групп «социального требования». Сенсационность осеменения *post-mortem* и появление суррогатных матерей подпитываются бесконечным подсчетом введения «бесконечного числа новых способов сделать ребенка» и «новых сценариев родительства», как будто любая новая биологическая или медицинская комбинация в области оплодотворения имела предполагаемых адептов, пыл которых следовало сдерживать... Спонтанная социология, руководимая этими *импровизированными экспертами социального заказа*, не испытывает недостатка в пикантных представлениях нравов народа. Но она является также конформистским взглядом на пару и на «классическую» семью, которая кажется последним оплотом перед лицом суррогатных матерей, притязанием одиноких женщин на искусственное оплодотворение с помощью донора. Это требование (никогда не уточнявшееся в устах его распространителей) было использовано для психологического и коллективного устрашения. В любом случае, оно служило формализации непреодолимого ограничителя медицинского вмешательства во имя почти исчезнувшего супружества. Кандидатками (возможно, вымышленными?) на это новое монородительство являются уже не героини, желающие иметь ребенка, такие как бесплодные жены. Их требование «о лечении», бесплодны они или нет, *a priori* считалось законным, в отличие от подобной просьбы со стороны одиноких женщин.

МАНИПУЛЯЦИИ ТЕНИ

Сверхактивность экспертизы ИО была лишь дискурсивной и публичной: в то время, когда власти настаивали на необходимости не слишком торопиться с узакониванием, были приняты исполнительные и глубоко стратегические решения — в тот период, когда все оста-

валось на уровне обсуждения... Так, в министерском декрете от 28 сентября 1988 года уточняется «показатель необходимости относительно деятельности по искусственному оплодотворению»: один центр по искусственному оплодотворению на «100 000-125 000 женщин в возрасте от двадцати до сорока лет» (если считать, что имеется 5 900 000 женщин такой возрастной категории, то это говорит о потребности открыть примерно пятьдесят центров). Цифра теоретическая, не учитывающая географического и медицинского распределения женского населения. Но и она не окончательная, потому что вот уже два года во Франции не проводили достаточно широких исследований по бесплодию.

Объявление о контроле за развитием сектора ИО, вопреки оценке необходимости, было воплощением мудрости. Кроме того, абстрактная оценка была в значительной степени пересмотрена наверху по результатам комиссии, *ad hoc* образованной французским правительством для исследования средств, имеющихся в области ИО и определения возможного выбора. Поскольку существующие средства создают прецедент, который может при случае изменить показатель потребности в будущем...

Национальная комиссия по медицине и биологии в области воспроизведения во главе с г-ном Varzach должна была бы действовать на основе административного признания правомочности всех центров по искусственному оплодотворению, оценивать их технические достижения и требования, которым они отвечают, при отсутствии какого бы то ни было предварительного контроля со стороны государственных властей в вопросе создания центров оплодотворения *in vitro* и искусственного осеменения, банков спермы и зародышей. Эта миссия в значительной мере была доверена самим медикам: практики, поддерживаемые представителями администрации, стали «судьями при закрытых дверях» для собственного сектора деятельности; при этом не происходит утечка информации ни об их критериях и способах функционирования, ни даже о составе этой комиссии. Согласно решению административных арбитражей служба опеки, учитывая возможную случайность, учредила во Франции 76 клинических групп по проведению оплодотворения *in vitro* и 81 биологическую лабораторию. Но профессионалы совершенно не согласны, считая себя задетыми. Откуда и упомянутые выше нарушения.

Итак, по всей видимости, существуют инстанции, склоняющиеся как к мнению общественности, так и к аргументации профессионалов

(такие как Комитет по этике) и теневым инстанциям, действующим под влиянием актуальности управления и принципа реальности. Прозрачность и тень, демонстративности невидимость с самого начала характеризовали дискуссию об искусственном оплодотворении. Кстати, лучшее место, отведенное этике в ущерб политике и социальному, равнозначно отказу a priori от контроля медицинской и научной ответственности: этика размышляет, прорабатывает, но и явно скрывает от обсуждения фундаментальные вопросы.

1. Этот проект закона, составленный по требованию Первого министра Государственного Совета, был обнародован в 1989 году. Он охватывает совокупность вопросов, поставленных современной биомедициной. Кстати, два других варианта закона были представлены политиками. Первый, в 1988 году, исходил от сенаторов-социалистов («предложение Sérusclat» «относительно усыновления детей, рожденных в результате искусственного оплодотворения»); другой — от депутата-центриста, г-жи С. Boudin («ориентированный на уважение целостности личности»).
2. В настоящее время имеются лишь данные, представленные самими практикующими специалистами и полученные в рамках GEFE (Группа исследований FIV во Франции) или в Национальном информационном каталоге (FIVNAT). Чтобы разобраться в противоречиях, возникших вокруг результатов, см. J. Marcus-Steiff «Les taux de succès de la FIV: fausses transparences et vrais mensonges», *La Recherche*, № 225, oct. 1990.
3. Ср. с материалом N. Athéa в коллективном труде *Le Magasin des enfants* под руководством J. Testart, изд-во F. Bourin, oct. 1990; L. Gavarini, «Production sociale de la stérilité» в *Les procréations artificielles aux regards de l'institution scientifique et de la Cité: la bio-éthique en débat*, докторская диссертация, университет Париж-VIII, 1987, часть III и материал в L'Ovaire-dose, Акты коллоквиума Французского движения за Planning Familial Syros, 1990; L. Vandael *L'infertilité et la stérilité: l'alibi des technologies de procréation*, докторская диссертация, университет Париж-VII, 1988.
4. *Les procréations artificielles*, доклад Премьер-министру, сделанный M.-O. Alnot и др., La Documentation Française, 1988.
5. *Sciences de la vie: de l'éthique au droit*, Étude du Conseil d'État, La Documentation Française, № 4855, Paris, 1988.
6. *Progrès génétique et biologiques: effets sur la démographie et la population*, работа представлена А. Минковски, La Documentation Française, № 4855, Paris, 1987.

7. Акты коллоквиума *Génétique, Procréation et Droit*, éd. Actes Sud, 1985.
8. Ср. D.Memmi «Savants et maîtres à penser, la fabrication d'une morale de la procréation artificielle» в «Droit et expertise», *Actes de la Recherche en sciences sociales*, № 76-77, mars 1989; L.Gavarini «Réflexions dans un miroir», *Autrement*, «L'Éthique corps et âme», № 93, Paris, octobre 1987.
9. 9. Комитет по этике, всячески подчеркивая, что не обладает никакой иной властью, кроме моральной, проявляет себя недостаточно независимой институцией. Среди его членов есть лица действительно влиятельные в сфере ИО, операторы, в значительной степени участвующие в развитии сектора... Будучи экспертами той среды, которую представляют, они не производят впечатления бездействующих и «мудрых» при проведении стажировок в Комитете, когда он принимает — а они (совпадение?) находятся здесь же — обстоятельные инструкции, представляющие *grosso modo* регламентации, относящиеся к их сектору деятельности (передача зародышей, передача гамет).
10. В FIV-истских кругах прекрасно известна достаточно критическая оценка, данная неким врачом ВОЗ (Европейская дирекция) «Are in vitro fertilization and embryo transfer of benefit to ail?», M.-G. Wagner, P.-A. St.-Clair, *Lancet*, 28/10/1989. Эта работа продолжает труд 11 американских врачей, сотрудников клиник и университетов, которые спрашивали «Are we exploiting the infertile couple?», R.-E. Blackwell и др. в *Fertility and Sterility*, vol. 48, № 5, novembre 1987. А также «In vitro fertilization enters stormy adolescence as experts debate the odds» С.-А. Raymond в *JAMA «Medical news and perspectives»*, vol. 259, № 4, 1988. Еще одна суровая критика за границей, критика со стороны правительственной инстанции Квебека, Совета статуса женщины, «Les nouvelles technologies de la reproduction» *Avis synthèse du Conseil du Statut de la Femme*, Gouvernement du Québec, mai 1989. Во Франции многие авторы и известные представители биомедицины (профессора Rillier и Testart, доктор R.Bessis) подчеркивают, что такие методы как FIV, по-прежнему носят экспериментальный характер, оценка же его отсутствует: см. *Le Magasin des enfants, L'Ovaire-dose, La Recherche, op. cit.*

ЛОРАНС ГАВАРИНИ

Социолог, доцент университета Париж-VIII. С 1984 года работает в области искусственного оплодотворения. В частности, соавтор коллективной работы «Le Magasin des enfants», под руководством Jacques Testart, изд-во François Bourin, 1990

4

НОВОЕ ИСКУССТВО СОМНЕНИЯ

Этические размышления рождаются из сомнений и неуверенности. Не должны ли они, в таком случае, прежде всего формироваться при обсуждении идей в философии, в гуманитарных науках? Не станем поддаваться искушению сциентизма.

НАЧИНАЮЩИЕ МЫСЛИТЕЛИ

ЭТИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ — НАЗРЕВШАЯ ПРОБЛЕМА, КОТОРАЯ ОЧЕВИДНА ДЛЯ ВСЕХ ГРАЖДАН. НО КАКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ? МОЖНО ЛИ НАУЧИТЬ РАЗМЫШЛЯТЬ, ДУМАТЬ, СОМНЕВАТЬСЯ?

Биомедицинская этика — явление модное или актуальное — вызывает бурные дискуссии, участвовать в которых стремятся не только специалисты.

Возникают новые виды образования, не входящие в рамки медицины. Они возникают в университетах (на факультетах философии, наук об образовании, права) и вне университетов, особенно в богословских кругах, и даже в выпускных классах лицеев, чаще всего в области философии или на стыках наук. Это экспериментирование, в конечном итоге, стало предметом интересного в педагогическом и методологическом плане доклада рабочей группы «Науки о живом, этика и педагогика», представленного в 1989 году на ежегодных Днях Национального консультативного комитета по этике в области наук о жизни и здоровье, и оправдало введение такого специфического курса начиная с четвертого класса коллежа, с тем чтобы рассеять волнения, тревоги, фантазии учащихся.

«...Школе доверена забота о том, чтобы вырастить будущих взрослых способными вести разговор со своими врачами, думающих о достоинстве тела как об уважении к человеческой личности; способными взять на себя гражданскую ответственность в государстве... В такой перспективе подготовка в этическом плане является необходимой и законной».

Следует отметить, что с введением специального курса в программу медицинской подготовки, как это ни парадоксально, не слишком спешили.

Непрерывная медицинская подготовка, уделяющая большее внимание повседневным навыкам, свидетельствует также о недостаточной оперативности теоретических выкладок.

Стоит задуматься о таком отрыве, он симптоматичен.

Он виден также в несоответствии между биотехнологическими достижениями и призывами к регламентации, цель которой заполнить брешь в области права. И даже когда документ все-таки появляется, юридический вакуум сохраняется из-за того, что запаздывают декреты по применению.

За пределами нашего государства, в европейском пространстве, разнообразие ситуаций отражает те же проблемы, о чем свидетельствует доклад Sonia Lebris об образовании, научных исследованиях и практике биоэтики, сделанный недавно на первом симпозиуме Совета Европы, посвященном этой теме (5-7 декабря 1989 года). По сравнению с данными анкеты ЮНЕСКО от 1977 года, согласно которым такое образование если и существовало, то преимущественно в рамках легальной медицины, сегодня — и в этом заключается новизна — оно существует также и вне университетов. Более того, будучи адресованным прежде всего врачебной аудитории, оно обращено и к «богословам, биологам, юристам и философам, значительно реже — к представителям парамедицинских профессий и социальным работникам, и даже журналистам. Средства массовой информации и впрямь занимают исключительно важное место, представляя собой нечто наподобие рупора в сфере биоэтической деятельности: действительно, телевизионных передач, статей в прессе, опросов и исследований по вопросам биоэтики очень много. В то же время в некоторых странах право на информацию обеспечено путем проведения отдельных национальных и общественных дискуссий» (Франция, Швеция, Мальта).

Наконец, только Объединенное Королевство предложило выдавать дипломы по биоэтике.

В ходе этого симпозиума все рабочие комиссии столкнулись с трудностями при определении самого понятия этики.

ЭТИКА: ОБЪЕКТ ПУТАНИЦЫ

Она была поочередно то существительным, то прилагательным*, обозначающим характер действия, практики.

Предвидеть этический характер действия, в данном случае терапевтического, означало бы предсказывать, догадываться или пророче-

* Во французском языке существительное «этика» и прилагательное «этический (-ая)» совпадают по форме: *éthique (прим. пер.)*.

ствовать, ибо как прогнозировать результат в Медицине иначе, чем вероятностным образом, предусматривая поправку на всегда возможную ошибку, вводя также *параметр неизвестного*?

Что касается этики-существительного, то если мы обратимся к греческой этимологии (*ethos*), то также обнаружим два различных значения. Одно соотносится со стилем, способом быть индивидуумом, позже мы к этому вернемся; другое — с привычками, нравами определенной социальной группы и сближается с *ethoi*, понятием, фиксирующим границы обладания, коммерческой деятельности. Таким образом, это касается юстиции и политики государства, и действительно, этика — это прежде всего проблема границ.

Пребывая на стыках философии (где ее зачастую путают с нравственностью), общественного здоровья, медицинской психологии, деонтологии и права, она имеет отношение и к границам существования.

Сегодня в некоторых дискуссиях смешивают права человека, деонтологию и этику. Действительно, право и медицина — давние соперники в установлении порядка.

Интересно проследить, как (под прикрытием европейской гармонизации национальных кодексов деонтологии и свободного перемещения врачей) не была упущена возможность сведения счетов между сестрами-врагами. Действительно, во имя прав человека «Европейское руководство по медицинской этике» выдвигает требование о том, что в спорном случае врачи должны иметь возможность обращаться не только в национальные судебные органы, относящиеся к их профессиональному ордену, но и в те же суды, что и большинство людей. Кроме того, во имя прав пациентов в нем выдвинуто требование ассоциировать их в дисциплинарных процедурах. Зачем говорить о кодексе этики, который предназначен скорее для урегулирования конфликта власти, когда речь идет о законодательстве?

Более сложным кажется разграничение этики и морали. Обе ссылаются на преимущественный запрет убийства и инцеста. Нравственность нормативна. В функционировании она опирается на внешний запрет, создавая негативное «нравственное обязательство». Проблема моралиста сводится к проблеме оценки преступного поступка, исполнителя — к принятию санкции.

Этика в большей мере касается исследования субъективной истины и, следовательно, внутреннего, начиная с запрета использовать

другого. Она ставит вопрос «*Как это действует!*», соотнося его с нравственностью, с теми ценностями, которым она пытается дать теоретическую основу.

К этике также обращаются, когда нужно принять решение в критических ситуациях: речь идет о пределах жизни. «Право на жизнь» переходит в «требование жизни любой ценой»; не идет ли речь об обновленной форме библейского императива: «Ты выберешь жизнь?»*. Технология позволяет осуществить то, что раньше было всего лишь мечтой человека, занимающегося наукой. Сегодня реальность опережает фантастику. Наука об искусственном оплодотворении и выращивании плода делает из ухода за детьми грудного возраста культ, напоминающий прежние идеи об «антропотехнии», Забота о сохранении вида переходит в заботу о *расе*, оправдывая все исключения.

Другая сторона проблемы — продлить жизнь, заставить отступить смерть — приводит к излишним стараниям врача или, наоборот, к притязанию на право на достойную смерть.

«Биомедикализованный» человек — это человек, расчлененный на тело и личность, смерть и жизнь, желание и технику, научное действие и гуманное лечение. Повод для волнений есть. Национальный консультативный комитет по этике (1983) появился у нас буквально сразу после первого оплодотворения *in vitro* (1982). Все эти сдвиги стали возможными из-за изменения основ, переворота в воспроизводстве человека, опасений медицины, касающихся здорового человека, при переходе от лечения к профилактике.

От проведения лечения до формирования личности всего один шаг, при том, что индивидуум может поставить под угрозу коллективный интерес.

Идеология общественной безопасности в наш век действительно приобрела сомнительные формы, которые в конечном итоге приводят к тоталитарной идеологии, оправдывающей отбор ради общественного блага.

Нацистский геноцид начался с уничтожения психически больных и продолжился разрешением медицинских экспериментов в лагерях — во имя научных исследований.

Нюрнбергский процесс врачей и выработанный в результате кодекс были фундаментальной попыткой примирить медицинские исследования, соблюдение прав человека и этику. Это не помешало

* «Избери жизнь, дабы жил ты и потомство твое...» Втор. 30:19. (*прим. пер.*).

появлению у нас в 1975 году закона о добровольном прерывании беременности, который однозначно легализует смерть зародышей (которые, в конечном итоге, не имеют юридического статуса).

Еще более очевидной становится необходимость обеспечить соответствующую подготовку гражданина, обеспокоенного тем, чтобы защитить себя, особенно когда он в добром здравии, и которая могла бы начаться еще в школе. Но действительно ли речь идет об *этике*?

ОТ ЭТИКИ К МЕТАЭТИКЕ: ПОДГОТОВКА ЛИЧНОСТИ

В таком случае стоило бы вновь обратиться к греческим корням и направиться совершенно по другому пути, который мог бы надлежащим образом вывести за пределы информации, привести к цели — должному просвещению личности.

Ethos — стиль, способ существования в значении привычки, вводит нас в субъективность и несхожесть: *etes* — союзник, родственник, согражданин, частное лицо; *etairos* — товарищ, друг, но в более узком смысле, в военной деятельности.

Таким образом ограничено истинное пространство *этических отношений*.

Другой — действующая сила нашего «раскрытия», поскольку следствием его существования неизбежно является конфликтное психическое функционирование, то есть наша импульсивность, инфантильная сексуальность, фантазии и желания, по сути, наша история.

Требование лечения больного, который ожидает от него облегчения, не может не напомнить о невзгодах бывшего ребенка; но лучше обратимся к Фрейдю, к его «Введению в психоанализ»: «Человеческий организм на ранних стадиях не способен на специфическое действие, которое может быть осуществлено только с посторонней помощью и в момент, когда внимание хорошо осведомленной личности сосредоточено на состоянии ребенка [...]. Таким образом, изначальная беспомощность человека становится основным источником всех его нравственных побуждений».

Исходя из этого, призыв страдающего субъекта — *это обращение (как бы возвращающее его в детство) к тому, кто способен на него ответить*. Такое побуждение врачебного интереса стимулирует и его мегаломанию. Предполагается получить ответ на все вопросы, которые помогли бы

пациенту хоть в какой-то мере понять, что с ним происходит, из слов врача. В такой встрече, когда налицо обоюдная заинтересованность, пробуждается также все неизвестное, непредсказуемое, неуправляемое, нерешаемое.

Это свидетельствует о том, что вышеупомянутый терапевтический союз встречает осязаемое сопротивление, определяющее исход предприятия.

Во что же превращается осознанное согласие пациента при участии бессознательного? Что остается от свободы выбора? Тем не менее — будет ли она более определенной при том, что врач превращается в педагога, а лечебные отношения — в педагогические? Может ли такой, сознательно обесцениваемый *патернализм* полностью отсутствовать вопреки доброй воле заставить пациента выйти из пассивного состояния, к которому он рискует привыкнуть и существовать так, что станет лишь наблюдать за лечением? Можно ли избежать сексуализации этой ситуации и ее неизбежных последствий? Чем становится тогда научный подход в клинике? Как происходит выбор, определяющий действия врача? Полагаем, что подобное решение может быть конфликтным. Сохранять трезвую голову в присутствии другого, которого осматривают, выстукивают, пальпируют, — не всегда просто. Без нашего ведома слова, которыми мы обмениваемся, действия выдают нас, поскольку несут в себе стремление.

Именно обращение медицины к технике вновь пробуждает неосознанное стремление к смерти. «Этика» тогда становится синонимом «конфликта»; для того, чтобы распознать плоды разрушительного действия, требуется неусыпное бдение и пристальное внимание. Тогда определение границ превращается в непрерывную работу по разделению жизни и смерти, смерти при жизни.

Подготовка в области этики становится побуждением к конфликту, к измерению бессознательного, аффективного, иррационального. Завершается она способностью к самотрансформации.

Для того, чтобы стать врачом, к счастью, не требуется консультация аналитика. Вместе с тем не запрещено — в конфронтации со страданием и болезнью, любовью и смертью, словом и действием — сочувствовать субъекту, находящемуся между жизнью и смертью.

Помимо свойства *облегчать* врачебная этика приобретает тогда способность *осмысливать* наблюдаемое и ненаблюдаемое, видимое и слышимое; неотъемлемую часть врачебной практики составляют неудачи лечебных методов, мазохизм, отказ от лечения.

Это завершается совершенно иной концепцией медицины и лечебно-го ухода. Здесь речь идет не о стремлении во что бы то ни стало отделить человека от его болезни, а о том, чтобы понять больного в контексте его жизни как человека, страдающего от последствий, причина которых ему неизвестна. Имеется широкая программа, которая обязывает медицину непрерывно проводить рефлексивные исследования, постоянно создавать теорию лечения для каждого пациента, с учетом того, «как он дошел до этого».

Введение «*психического аппарата для этического осмысления*» внесло бы свой вклад в то, чтобы в какой-то мере подавить соблазн управлять возбуждением, не систематизировать применение крайних средств (особенно когда проблема не понята), и избегать размышлений.

Покончить с *двойственностью* терапевтических отношений, быть внимательным к тому, что происходит в себе, к тому, чем располагает пациент, действительно открывает функции «*метаэтики*», единственного гаранта динамического изменения себя и пациента, признанного нуждающимся в лечении. Только тогда другой может достичь понимания, способного удивить, поскольку, как и я, он и вычисляем и невычисляем.

Такая концепция этики выходит за пределы «общественного бума», исключительных ситуаций, для того чтобы в повседневной жизни не затерялось индивидуальное.

ОПЫТ УНИВЕРСИТЕТА «ПАРИЖ-ХШ»

Факультет медицинской подготовки и исследований в Бобиньи (93) интересен тем, что без какого-либо предварительного обсуждения здесь два года тому назад была введена — одновременно на первом и третьем курсах — сенсбилизация этики (дисциплина, предназначенная для будущих терапевтов).

Первая часть, проводимая под руководством Элизабет Модильяни, состоит из серии ознакомительных лекций, адресованных специалистам разных дисциплин.

Вторая, за которую отвечаю я, представляет собой скорее нечто типа мастер-класса, состоящего из десяти полуторачасовых сеансов, где нет обучения как такового. Студентам сразу же сообщают, что здесь они не станут овладевать «врачебной техникой», предположительно уже приобретенной. Им предлагают бесстрастное участие вне клиники, то есть приглашают к разговору о сложностях в их клинической деятельности.

В ходе изложения проблема вновь приобретает актуальность. Студента приглашают воспроизвести «то как все происходило» в виде ролевой игры, где он по очереди то врач, то пациент. Уже при постановке проблемы к участию приглашаются другие студенты, не привлекавшиеся ранее, которые будут делать то же самое.

Создается впечатление, что такая методика подготовки обладает рядом преимуществ для субъекта, которого ранее постигла неудача. Она позволяет — в контексте, отличном от контекста первого раза, занять положение на критическом удалении, что дает возможность попытаться понять, что же здесь разыгрывалось.

Такое повторение сопровождается обновлением проблематики, но лишенной контекста, и в игровом ракурсе: «как будто бы», «это не правду», но «это, тем не менее, правда». Кратковременное присутствие коллег, являясь эмфатической опорой, подчеркивает различные стили участия, а следовательно, и разрешения проблемы. В этом есть преимущество — ситуация не драматизируется сверх меры, а ее участники осознают относительность «чувства поражения», пережитого в первый раз.

К этому добавляется обмен мнениями, вызывающий ассоциации с подобными или отличными ситуациями, которые подтверждают начало резонансного процесса и взаимной идентификации.

В пользу такого обмена говорят и внезапное появление сомнений, и осознание пробелов в знаниях, и болезненное обнаружение своих предубеждений, выбора, верований, на которые, конечно, никто не намекает, оставляя каждому свободу думать, предпринимать меры сообразно со своими понятиями о том, как поступать, как говорить. Рассказывая или меняясь ролями, экспериментируют скорее с рамками эталона пациента, чем с теми ограничениями, с которыми студент сталкивается при других типах поведения, обусловленных различием культур. Мы далеки от методов подготовки по клинической этике, представленных Bastian в диссертации на эту тему, в которой (особенно в той части, где изложены представления, сформировавшиеся за океаном) речь идет о противопоставлении пациента подразумеваемым ценностям при принятии решения согласно процессу генерализации в соответствии с кантовским императивом. С тем же обращаются к работающему в отделении специалисту по этике, который помог бы в случае возникновения сложностей принять то или иное решение. Трудно понять, как (если только не в игре) практикующий специалист может приостановить свое вмешательство во имя традиции

онных ценностей, если ему самому неизвестны внутренние противоречия, недоступен защитный компромисс.

Мастер-класс предусматривает вторую стадию — серию встреч с более опытными специалистами: врачами, работающими в амбулаториях или в клиниках, — представителями различных дисциплин, которые приходят, чтобы рассказать о тех проблемах, с которыми они столкнулись, как и наши студенты, у постели больных. Вновь можно провести параллель с теми, кто «собаку съел», но так и не избавился от сомнений, колебаний, кто согласен с тем, что не располагает ответом на все вопросы.

Третья стадия, когда студенты уже научились не бояться высказываться, действуя и рассуждая вслух, заключается в том, чтобы в повествовании представить иное видение клиники, не поддаваясь искушению реконструкции. Привлечение этического психического аппарата позволяет лучше понять способ постановки проблемы и попытки, особенно при возникновении сложностей, поставить ее таким образом, чтобы она могла быть разрешена исходя из чрезмерно упрощенной, но конструктивной точки зрения: отсутствие решения сигнализирует о неверной постановке проблемы, из чего следует необходимость сформулировать ее по-новому. Подобные искания не обошлись без радикальной критики медицинской институции, учитывая масштабы помощи, внутреннего конфликта, любви, — короче, связей между людьми.

Об интересе, вызванном такой подготовкой, свидетельствует очень высокая посещаемость: к третьему занятию отселилось только несколько человек. Во время заключительного сеанса многие констатируют: «Я уже не работаю как прежде», что, разумеется, можно выразить многими способами: «Когда я могу здесь говорить о том, что меня смущает, я чувствую себя более уверенно». «Я уже не испытываю такого страха и больше интересуюсь личностью пациента и его историей».

ПОДГОТОВКА К КРИТИКЕ ПРАКТИКИ

Заслугой приведенного опыта является соприкосновение с двумя рассмотренными аспектами этики в рамках медицинских исследований. Подразумеваемая логика этой прогрессии вызывает внезапное возникновение сомнений относительно проведенной научной подготовки как единственно верного средства избавиться от практических проблем. Следствие — качественный скачок в открытии ненаучности кли-

ники и понимание ограниченности подхода, состоящего в обращении только к научному знанию.

Следствие — выход на медицинское искусство как умение, включающее конфликт интерпретации. Место, отведенное обсуждению, пониманию слов субъекта, которое вносит свой вклад в его обследование, еще до внедрения медицинского действия в повседневную жизнь вызывает массу вопросов. Как мы видели, педагогическая основа подобных исследований является следствием проявления недовольства в конфронтации с практикой. Таким образом, будущий практик в своей попытке критического осмысления обязан пересмотреть и полностью преобразовать всякое знание; наряду с мертвым анатомическим телом в этом знании может быть отведено место телу, испытавшему удовольствие во встрече со словом, взаимоотношениями, которые, вызывая преобразования, в конечном итоге выходят на настоящую метабиологию; мы оказываемся довольно далеко от ветеринарной медицины, в которой пациента просят помолчать, чтобы взамен предоставить слово его органам.

Это приглашение к открытости не избавляет от обязательной критики со стороны медицинской институции, в данном случае — в основном клинической. Как отзовется слово? Можно ли — вне чрезмерно иерархизированного медицинского корпуса — ощутить его, когда здесь его нет, хоть оно и составляет часть «команды»? Какая роль в этом контексте отводится слову пациента? В чем институция и ее все большая косность могут стать препятствием для лечения, когда болезнь пациента остается как бы расчлененной между различными специалистами? Точно так же: можно ли бесконечно проводить подобный опрос (чтобы получить исчерпывающий ответ, нам не хватает времени, да и возможно ли это?), не опираясь на окружающее! Желательно, чтобы покинувший стены университета «устроившийся» практикующий врач мог найти для себя (человека, которому приходится принимать решения) средство против одиночества, чтобы он мог делиться опытом, противопоставлять своему опыту и теоретизированию... оформившееся критическое прочтение.

Это приводит к совершенно иной концепции непрерывного медицинского образования, которая выглядит регрессией, организованной в рамках «учитель — ученик», при «пире», затеянном ради того, чтобы протолкнуть пилюлю.

Можно ли сегодня говорить о практике семейного врача, которая не учитывала бы конфликтов между родственниками — в их фиксиро-

ванном, их телесном выражении? Мыслимо ли, что до сих пор в случае жизненных кризисов этот врач в качестве медицинской помощи располагает только химическими препаратами? Какое место в таком случае отводить психотерапии практикующего врача (в том числе телесной медитации) среди возможного регистра разнообразных реакций, учитывающих психическое состояние пациента?

Как примирить эту деятельность «обделенного» с порой неминуемым вмешательством, вторжением социального третьего в этот своеобразный диалог? Как тогда рассматривать медико-социальную практику, не направленную на воздействие на субъекта, приговоренного к смерти под предлогом междисциплинарности сферы деятельности?

Такое постоянное критическое внимание ко всем вопиющим противоречиям системы и к тому, во что они обходятся, приводит к полному — в свете сегодняшнего дня — пересмотру неизбежной эволюции не только в ее единственном исчисляемом аспекте. Необходимо стремиться в конечном итоге к тому, чтобы ввести качественную оценку, при которой будет, наконец, принята забота об эстетике и культуре. Тогда здоровье станет творчеством, творением, с которого, благодаря своей «новой» критической подготовке, врач наконец-то снимет покров.

Из вышесказанного очевидно, что мы давно оставили область вымышленного ради того, чтобы приступить (через образование как побуждение к мысли) к постоянной работе по различению, фобическому обезвреживанию вымышленного, чтобы избавиться, наконец, от того ужаса, к которому оно ведет, и начать оперировать символами.

Становится ясно, почему так неспешно вводится этическое образование в вопросах, касающихся загрязнения окружающей среды: ведь придется перейти на качественно иной уровень осмысления этических проблем. Отсюда — и необходимость в коренном изменении ситуации, если мы хотим из нее выйти. Готов ли «подготовленный» оплатить доступ к метаэтике такой ценой — ценой потери?

АБРАМ КОЭН

Лицензиат филологических наук, психиатр-клиницист, психоаналитик, руководитель отделения детской и юношеской психиатрии в главном клиническом центре Сен-Дени (93). Писал о проблемах эпистемологии лечения и ухода в детской психиатрии. Интересовался психотерапевтической подготовкой практикующих врачей (в частности, релаксацией).

В настоящее время проводит исследования по практической этике в социальном поле начиная с детства

ЧТОБЫ ВИДЕТЬ ИЛИ ЧТОБЫ ДУМАТЬ?

НУЖНО ЛИ СОЗДАВАТЬ ПРАВИЛА ПОВЕДЕНИЯ, ЧТБЫ ПРЕДОТВРАТИТЬ ИСКАЖЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ? КТО, В ТАКОМ СЛУЧАЕ, БУДЕТ ИХ ВВОДИТЬ И КОНТРОЛИРОВАТЬ? НЕ БОЛЬШЕ ЛИ ГАРАНТИЙ ДАЕТ МОРАЛЬНОСТЬ КОНКРЕТНОГО ЧЕЛОВЕКА, ЧЕМ НЕПРИЕМЛЕМОЕ ИЛИ БЕЗЛИЧНОЕ РЕГЛАМЕНТИРОВАНИЕ

Альфред Сови любил повторять: «Выбирать — это быть осведомленным». Лучше не скажешь. Выбирать вид ухода, способ лечения, обращаться к той или иной медицинской практике или отказываться от нее; делать выбор: зачать ребенка или нет; и осуществлять все это, используя, по всей видимости, совершенно неестественные методы; завершая жизненный путь, прийти к выбору момента смерти — собственной или близких, потому что если не по закону, то на практике такое решение возможно. Все эти мероприятия, важность и экзистенциальное значение которых нет нужды подчеркивать, естественно, предполагают доступ к информации, к разным видам информации: медицинской, научной, технической, социальной. Кто ее распространяет? Как ее можно собрать, проверить, распространить? Как ее получают? Какими правилами, если только они существуют, руководствуются в столь деликатной и сложной деятельности?

Около двух десятилетий тому назад в информации о здоровье, о медицине произошел настоящий прорыв. Медицинская рубрика, которую прежде расценивали как хоть и обязательную, но второстепенную, и появлявшаяся только в крупных изданиях, заняла — особенно сегодня — главное место во всех общенациональных газетах (в отличие от региональной или местной прессы, где она по-прежнему представлена скудно). Сравнительно недавно даже в крупных изданиях медицинская

рубрика сводилась к работе одного или двух лиц, иногда считавшихся авторитетами, но работавших обособленно. Говорилось, что это одна... «ячейка».

Эти медицинские хроникеры (напоминающие дипломатических корреспондентов, о которых говорят, будто они нередко перенимают отношения и даже языковые причуды, присущие министерским канцеляриям), как правило, действуя заодно с медиками, чью работу описывали, переняли от них практику тщательно дозированной истины, при этом читатель считается своего рода больным или потенциальным больным, с которым, следовательно, нужно «обращаться бережно».

Все происходило в соответствии с неписаными нормами: к примеру, писать о какой-то болезни, что она смертельна «всегда», избегали, из осторожности употребляя выражение «чаще всего». Остерегались также называть лекарство, сообщая лишь название действующих молекул, давать слишком подробные сведения о методах лечения из страха рассказать о «рецептах». Тщательнейшим образом избегали говорить о том, какой болезнью страдает такой-то больной, каким бы известным он ни был — пусть даже и самим Президентом Республики — и лишь, а fortiori после его кончины, сообщали, от чего он умер.

Короче говоря, этот кодекс достойного поведения точно отражал медицинские обычаи: скрытность, осмотрительность — и все это при позиции, заключавшейся в том, чтобы пробудить в читателе естественную склонность к самолечению или приучить его к тому, что содержать себя и заботиться о своем здоровье следует за собственный счет.

Сегодня такая позиция уже не столь однозначна. Эволюция журналистики в целом, и медицинской журналистики в частности, в настоящее время идет как раз наперекор этому недостаточно определенному «корпусу», который играл регламентирующую роль. Отныне медицинская журналистика чувствует себя освобожденной от кодексов медицины; чем дальше, тем больше она считается сторонницей правил, которые руководят информацией, и, более того, нравов, которые ею управляют, а порой и поработают. Довольно часто журналист, пишущий о медицине, не владеет абсолютно никакой медицинской или научной информацией и поэтому более свободно, чем раньше, говорит обо всем, что касается здоровья. Гораздо чаще, чем раньше, он обращается к больному, а не к врачу, и тогда речь идет о сущностном изменении плоскости, в которой пишут и читают. Или слушают и смотрят.

МЕДИЦИНСКИЙ КОРПУС — УЧАСТНИК
РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ
ПО ВОПРОСАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Э то так, ибо ключевым элементом разрыва ищется проникновение в медицинскую информацию изображения. Изображения и звука — короче, того, что показывается в ущерб тому, что объясняется и доказывается. А тогда мы оказываемся втянутыми в визуальную эскалацию, в охоту за сенсационными новостями, за шокирующей информацией, за тем, что поражает — почти что в буквальном значении слова. Именно тогда констатируем, до какой степени банальна информация, связанная со здоровьем. С одной стороны, она заняла значительное место в крупных журналах, где медицинские рубрики в настоящее время значительно укрепили свои позиции, смешивая медицинское и немедицинское, уделяя много места «терапевтам информации», репортажам, свидетельствам. С другой стороны, этот тип журналистики полностью лишился сакрального: ведущий рубрику теперь не обязательно «почетное лицо» даже в глазах собственной редакции, а информация, которую он предоставляет, уже вовсе не чудо. Сегодня медицинская рубрика в изданиях точно такая же, как и другие, не больше и не меньше, ее можно сравнить с экономическим или дипломатическим разделом.

Кроме того, к этой эволюции теперь причастен сам медицинский корпус. Кто организует импровизированные пресс-конференции для того, чтобы сообщить о победе над СПИДом? Кто звонит журналистам, чтобы сообщить им об исключительности такого-то нового хирургического метода, примененного в их отделении, если не сами врачи? Кто завидует такому-то профессору только потому что пресса любит ссылаться на него, если не равные ему? Кстати, поражает, что то, о чем сами медики так любят говорить, они готовы также и *показать*: новый инструмент, новую технику, схему, воспроизводящую действие молекул. Присутствие телевизионной команды в медицинском отделении, где снимают больных, не скрывая их лиц, хотя бы они того или нет, уже не редкость, и никто не усматривает в этом ничего странного. Медицина добровольно склонилась перед диктатурой изображения, даже осознавая риск последующего разоблачения злоупотреблений.

Именно благодаря этому мы видим на экранах телевизоров больных СПИДом, которые рассказывают о развитии своего недуга, детей,

которые уже даже не стремятся к тому, чтобы их фотографировали в тени, бредящих психически больных, агонизирующих умирающих. Изображения, ставшие обыкновенными: зритель к ним привык после того, как стало обычным делом показывать курдских детей, отравленных газами в Ираке, лагеря бедняков в Эфиопии или жестокость, от которой захлебывается кровью Центральная Америка. Телезритель смирился — хотел ли он этого? — с тем, что информация превращается в рабу изображения, что изображение покоряется зрелищу и что зрелище соответствует законам рекламы. Само понятие «информация-зрелище» сегодня стало телескопированным, чересчур привычным выражением, обе части которого практически взаимозаменяемы.

Итак, стало почти обязательным говорить все, даже невыразимое, показывать все, даже непоказываемое. Перед глазами каждого из нас все еще стоит картина агонии маленькой колумбийки, засасываемой вязким раствором.

Совершенно справедливо, что изображение ничем не заменишь, без него почти не обойтись при объяснениях или показах. Должно ли оно занимать *все* пространство, поглощать все поле, взамен обращения к размышлению, без которого оно обходится, а иногда запрещает? Как напоминает психоаналитик Monette Vacquin в интервью, опубликованном недавно в «Nouvel Observateur»¹: «Вовсе не случайно великие традиции Слова и Глагола, такие как иудейская традиция, избегают видимого. Оно подчиняет в силу самого своего совершенства. Видимое, наравне с гипнозом, есть орудие порабощения. Оно тут же вызывает ощущение достоверности, тогда как тому, что было изменено под действием слова, присуща полисемия, множество возможных значений. Это разнообразие — лучшая защита от тоталитаризма. Чтобы постичь пророческий смысл вещей, нужно отвести взгляд. Гомер и Тиресий, поэт и прорицатель, были слепыми: словно для того, чтобы пристальнее был их внутренний взор». И Monette Vacquin напоминает слова Левинаса: «Увиденное может лишить зрения».

УЗЫ НОВОГО ОПЫТА

Нужно ли выработать правила, чтобы «излечить» от такого отклонения, в котором, гармонично уживаясь, конкурируют и журналисты, и врачи? Кто их разработает? Кто может позволить нарушать их?

И опять мы — заложники римского права, согласно которому проблема считается решенной, если деятельность регулируется правилами, законами; но мы попали также и в сети нового опыта, который заставляет резко менять одну за другой все хрупкие традиции, на которых покоилась медицинская информация.

Следствие этого крушения — глубинный дискомфорт. Дискомфорт журналистов, среди которых отнюдь не все одобряют эскалацию видимого, эксгибиционизм, едва прикрытое стремление к саморекламе, попрание внутренней неприкосновенности, отказ от информации ради зрелища. Дискомфорт профессионалов здравоохранения, которые порой очень глубоко переживают такой разрыв с традицией, обязанностью хранить молчание и даже тайну, это вторжение изображения и то, что они сами воспринимают как собственную необходимость быть объектами зрелища. Наконец, дискомфорт пациентов-зрителей или читателей, которые с неясной тревогой задаются вопросом о том, когда же придет их очередь, когда и они станут заключенными или заложниками эволюции, о которой им никогда не рассказывали. В действительности эскалация нагнетается только на основе предположений. «Читатель, — слышим мы (пли слушатель, или телезритель), *жаждет* этого (крови, «непременно крови», исключительного, сенсаций)». Но кто его об этом когда-нибудь спрашивал?

Чем же нынче заменить неписанные правила прошлого? Право защищает от некоторых вторжений в личную жизнь, от наиболее невыносимых покушений на конфиденциальность². Но эти правила очень редко применяются. Часто ли увидишь, чтобы родители ребенка-инвалида подавали жалобу на телевизионный канал за вторжение в личную жизнь? Можно ли представить, что кто-то прибегнет к законным способам защиты, чтобы сохранить конфиденциальность? И существуют ли законы против эксгибиционизма тех, кто стремится продемонстрировать свои страдания перед телевизионной камерой, как будто от нее исходят спасительные лучи? Вмешательство закона в столь точно отражающую эволюцию — или отклонение — область культуры кажется достаточно бездейственным, кроме разве что самых очевидных случаев.

Нам кажется, что более надежна защита, проистекающая от нравственности. До какой степени затруднительным может выглядеть предприятие и хрупкой — защита, достаточно ясно. Но как поступать иначе? К чему обязывает долг, если не к тому, чтобы быть самим собой?

В таких вопросах журналистская деонтология либо перегружена, либо беспредметна. Остается индивидуальная нравственность. И те пределы, которые сами заинтересованные (пациенты, медицинский корпус, и, кроме того, весь социальный организм) захотят определить для такой деятельности. Поскольку то, что дозволено, то, что должно быть сказано или показано, никем другим, возможно, определено не будет.

1. Номер от 1 ноября 1990 г.
2. Разумеется, существуют юридические положения; помимо этого, следовало бы информировать больных об их правах в данной области, и хорошо если бы они осмелились оценивать их.

КЛЕР БРИССЕ

В прошлом ведущая медицинской рубрики журнала «Le Monde». Руководит информационной службой ЮНЕСКО в Европе (Фонд Объединенных Наций для детей). Публикации: «La santé dans le tiers monde», совместное издание «La Découverte — Le Monde», 1984; совместно с Jacques Stoufflet является составителем книги «Santé et Médecine», совместное издание «La Découverte — INSERM — Orstom», 1988. В 1985 году стала обладателем премии FAO (Food and Agriculture Organisation — Организация по вопросам продуктов питания и сельского хозяйства) за подборку статей о голоде в мире

ЛЮДИ — БРАТЬЯ

КАК ПОНЯТЬ, ЧТО ДЛЯ ФИЛОСОФИИ ОТНОШЕНИЯ С ДРУГИМ (ТО, ЧТО НАЗЫВАЕТСЯ ЭТИКОЙ) СТАЛИ ФУНДАМЕНТАЛЬНЫМ АСПЕКТОМ? ЧЕРЕЗ ИСПЫТАНИЕ БЕСПОКОЙСТВОМ И СТРАХОМ. ПОСЛЕ ОСВЕНЦИМА НЕВОЗМОЖНО ДУМАТЬ ТАК, КАК РАНЬШЕ: ЧЕЛОВЕЧЕСКОЕ СУЩЕСТВО ВЫГЛЯДИТ ХРУПКИМ, ЗАВИСИМЫМ ОТ МИЛОСТИ ДРУГИХ. ВСПОМНИМ ОБ АПОСТОЛЕ ФОМЕ:
МЫ СУЩЕСТВУЕМ СО СТРАДАЮЩИМ ТЕЛОМ.

Сегодня о философии можно сказать то же, что говорил Монтень, восхваляя Сократа: что он опустил мысль на Землю. Она внезапно покинула небо, о чем свидетельствуют многочисленные проявления заботы о человеке. Эта неожиданная направленность объединяет бесчисленное количество людей, которые считали себя неспособными к теоретизированию, либо полагали, что оно имеет весьма отдаленное отношение к их делам. Теперь они чувствуют связь, признают свою миссию и компетентность. Короче говоря, наши современники начинают демонстрировать философский ум, чему способствует этика, которая проникает всюду: в медицину, экономику, политику; она с восторгом отражает нравственные проблемы, особенно те, которые касаются тела человека. Откуда такой интерес?

Прежде всего отдадим дань традиционной философии; всегда считалось, что она с помощью разума глубинно осмысливает проблемы, поставленные жизнью. Она экзистенциальна по своей природе. И поскольку человек, который является предметом ее рассуждений, есть становление, она задалась вопросом о его бытии и о том, каким это бытие должно быть (в обоих смыслах слова «должно», означающего как внешнюю необходимость, так и личное решение): поскольку невозможно, чтобы во мне не происходило становление, то что же я должен сделать, чтобы оно происходило правильно?

Такова перспектива античной философии: исследовать человека в его связи с собой, миром и Богом. Но в разрозненных категориях психологии, нравственности, метафизики неизменной сохранилась лишь одна посылка: забота о бытии. А ведь сегодня есть и новшество: чаще

говорят о другом, нежели о бытии. Философия считает основным объектом своего внимания отношение с другим, взаимопризнание людей. Этот подход называется этикой и перерастает из элемента философии в ее главную проблему. И вновь зададим вопрос: откуда эта грубая интерполяция, поразившая философию и лишившая ее обособленного положения мыслящего субъекта?

Несомненно, причин много. Я останавливаюсь на одной, которая, как мне кажется, достаточно хорошо объясняет такое превращение мысли: это боязнь. Платон породил философию удивления. Но на вопрос «Кто такой философ?» Bataille и Blanchot отвечают: «Тот, кто боится»¹. Самое большое испытание нашего времени — это, действительно, прохождение через страх.

ПОСЛЕ ОСВЕНЦИМА

Кто может сегодня, размышляя, не вспоминать о жестоких испытаниях, навязанных нам историей в этом столетии — столетии, которое занимает ни с чем не сравнимое место в анналах ненависти? Именно мученикам, претерпевшим необъяснимые страдания, посвящает один из своих трактатов Эмманюэль Левинас, и кажется, что его мысль полностью смоделирована «миллионами казенных национал-социалистами, наряду с миллионами и миллионами представителей всех конфессий и всех наций — жертв все той же ненависти другого человека»².

После Освенцима думать так, как раньше, уже невозможно: мы смотрим на человека и видим уже не прежнюю личность. До Освенцима человек предстал в скульптурной красоте тела, в силе труда, в конфликтах чести и интереса, в естественных, но осознанных пределах, в смятении души, разрывающейся между нищетой и величием, даже в грехе — но что, если не ответственность и, следовательно, опять-таки собственное могущество, предполагает этот грех, пусть это будет ответственность человека непутевого или возникающая под действием жалкого инстинкта? Какое-то достоинство всегда заставляло ее преобладать над инстинктом и подчиняло ей суверенность права. После Освенцима мы узнали, что человек — это тот, кого можно топтать до полного уничтожения, кого можно низвести до сырья, товара, дыма или попросту превратить в ничто; кого можно не признавать до такой степени, что, отказав в чести умереть индивидуально, разрушить его промышленным

образом, не разбираясь, в куче, убивая многих одним выстрелом, как сжигают кубометры дров. И находятся люди, которые таким образом способствуют абсолютному отрицанию человеколюбия.

То же испытание открыло нам вторую истину, которая ранее была скрыта за строгой дисциплиной наших религий: количество жертв бесконечно превосходит число палачей. Сегодня, познакомившись с механизмами функционирования тоталитарных государств, мы знаем, что для угнетения многих людей достаточно совсем небольшого числа угнетателей. Парадоксально, но отвратительное преступление заставляет невиновных подавлять в себе желание заявить о нем во всеулышание. При любом размышлении о человеке, даже когда думаем о многих людях, видно, как бесконечная вереница страдальцев старается остаться незамеченной.

Таким образом, исторические беды ввели новый облик человека — постигаемого прежде всего в слабости. Скажут: что же изменилось по сравнению с созерцательностью поэтов древности, которые сравнивали человека с уносимым ветром листком? Предположим, человек смертен, но для греков его бренность становилась очевидной только в сравнении с извечностью невидимого бога. Среди живых же он делает хорошую мину, обладая инструментами, мышлением, творениями, живя относительно долго. Сегодня перспектива полностью изменилась: человек уязвим в политическом плане, он — потенциальная жертва другого. Он хрупок уже не только в своих идеальных отношениях с богами; он действительно слаб, слаб из-за себе подобных, втянувших его в процесс вынужденной солидаризации всех народов планеты, неожиданно ставшей такой маленькой. Мир, устанавливающийся между избыточно вооруженными государствами, сродни отсрочке войны, и каждый, каким бы он ни был, знает, что в случае конфликта ему из него целым и невредимым не выйти. Мы учимся жить в тени сомнительной очевидности: наша бедная плоть — под дулами пушек. Еще никогда опасность, грозящая человеку, не была так сильна.

Две крупнейшие боины истории были мотивированы противостоящими идеологиями Гитлера и Сталина. Но из-за идентичности методов и результатов стало очевидным, что различия в содержании становятся все менее существенными; побуждения отходят на второй план, и даже утрачивают значение. Это основное оскорбление, нанесенное доктринам. Есть и другие: историческое поражение, доказатель-

ство, проистекающее из заблуждений или даже их триумф, временный, но достигнутый ценой явного нарушения принципов и окаменения творческих сил разума.

ВНИМАНИЕ К ТЕЛУ

При крушении идеологий религиозные верования, ослабленные уже задолго до этого, не возродились: смерть Бога повлекла за собой смерть человека или, по крайней мере, исчезновение субъекта. Какое же достоинство осталось личности? Во что же можно верить, когда вокруг — идеи ненавистничества, идеи, ушедшие в прошлое, идеи лживые? На нетерпеливый вопрос: «Что же все-таки истинного есть в этом мире?», некоторые осмеливаются отвечать: «Ничего». Они явно заблуждаются. Почва не уходит из-под ног из-за того, что горизонт затянуло туманом. Остался, по меньшей мере, человек, который сказал «Ничего», и материальность его тела.

Своим сомнением Апостол Фома проявил замечательную веру, поскольку он не считал «ничем» плоть, которую он видел и которой касался. На колени его повергли открытые раны: «Господь мой и Бог мой!»*. Когда мы сами дотрагиваемся до физического существующего человека, то осознаем, что прикасаемся к истине, менее спорной, чем избыток мыслей, позволяющих забыть о случайности человека: реальный человек заслуживает уважения.

А ведь одновременно с поразительным прогрессом медицинских наук усиливается внимание, уделяемое телу, оно в корне меняется. Наше представление о человеке дополняется невидимой частью, которая до сих пор ускользала от нашего восприятия. Человек мыслился сильным, независимым, а не в состоянии слабости или генезиса. Представим обширную мутацию: несколько десятилетий тому назад философия начала отрывать от созерцания мыслящего субъекта, имплицитно представляемого человеком взрослым, белым, здоровым; она предоставляла философское гражданство разнообразию полов, рас, культур, людям разного возраста, страдающим различными болезнями. Сегодня, под влиянием произошедшего в биологии прогресса, она сообщает новое измерение понятию личности, которая начинается — потенциально — задолго до самоосознания, с зародышевого состоя-

* Иоан. 20:28. (прим. пер.).

ния, и длится долго: продолжается в затемнениях разума дементного юльного, в коматозных состояниях и бессознательных фазах агонии.

Такое расширение, обусловленное научным взглядом, действует— при этом не менее, чем политический взгляд — в направлении слабости человека. Сколько состояний, на самом деле, в зарождении, детстве, немощи, войне, ранениях, когда разум не способен отстаивать свои права! Крайняя уязвимость... Искусство разрушения усиливает ее. Искусство защиты, медицина ее подчеркивают. Перед ядерным огнем плоть становится даже не пеплом. При онтогенезе и в коме тело живет только тогда, когда ему помогают.

Человеческое существо оказывается незащищенным, хрупким, зависимым, зависящим от других. Слабым по природе, потому что смертно; слабым исторически, потому что отдано немеренным средствам разрушения; слабым в плане религиозном, потому что лишено веры; слабым биологически, потому что длительное время зависело от неосознаваемого.

Не составило бы труда продемонстрировать контраст, который в конце века составляют удивительный характер наших знаний или наших достижений и несостоятельность жизненных опор, основ жизни, значения, явно потонувшие в научных объяснениях. Не станем повторять здесь всем известные сетования. Наша философская скудость, утрата трансцендентности заставляют нас порой приходить в отчаяние, но в своем движении увлекают нас далеко за его пределы.

СО СТРАДАЮЩИМ ТЕЛОМ

Возвратимся к Апостолу Фоме: как бы там ни было, он хороший учитель. Он верит в то, что видит и к чему прикасается. Он возлагает руки на материальное тело человека, он касается ран. *Das ist*. Вот неопровержимая достоверность: мы существуем со страдающим телом.

Прошлое возвело свой гуманизм на Аполлоне Бельведерском или на *cogito* Декарта. Но посылкой для развития гуманизма может также быть страдающее тело; он может снова расцвести согласно этому ставшему фундаментом философии этическому видению, несколько не препятствующему ему в достижении высот, к которым его привело созерцание человека во славе.

Я бы выделила четыре последовательных уровня, все более углубляющихся по мере того, как этика становится все более радикальной,

выявляет свои фундаментальные силы и вновь выходит к метафизике.

Первый касается заботы о жизни. Любая этика сегодня есть биоэтика. Человек — это прежде всего его материальное тело, от которого полностью зависит дух, а уязвимая плоть требует защиты от того, что ей угрожает. Многие современные мыслители восхищаются величественной хореографией, которая движет галактиками, и сокрушаются о том, что на Земле все превращается в прах из-за белка, обреченного на разложение и поглощение. Верно, что ДНК добавляет ложку дегтя в гармонию сфер. Человек принадлежит этому беспокойному царству, и его нужно ограждать от существующей структурной жестокости живой материи, гарантировать ему спокойную жизнь, радость крова, мирное сосуществование. На все столь многочисленное зло — голод, холод, одиночество, болезнь — нужно отвечать надлежащей заботливостью.

Именно в этом всегда заключалась задача, выпавшая главным образом на долю женщины. И совершенно справедливо, что эта забота, врачебные старания, столь характерные для нашего времени, забота о здоровье как продолжение античной заботы о спасении, вводят в управление жизнью чисто женский элемент. Чувства, но также и ощущения, малейшие восприятия тела, «почти ничто» непосредственного сознания, изначальные представления (где-то жить, спать, улыбаться, дышать, есть), которые не были достойны философского внимания, при Serres и Henry торжественно вступили в поле умозрительных построений. «Да здравствует жизнь!» — восклицает то произвольно налаженное устройство, каковым является тело.

Таков первый уровень этики: материальный, если желаете, но рефлексия, лежащая в его основе, возвращает ему духовные основы. Один старый раввин дал этому прекрасное объяснение: «Материальные потребности моего ближнего являются для меня потребностями духовными». Здесь мы соприкасаемся со вторым разделом этики.

ДРУГОЙ, БЛИЖНИЙ

Другой для меня вдова и сирота; он гораздо яснее меня представляет образ слабости. Он — второе лицо, я говорю ему «ты», грамматически и онтологически оставаясь в первом лице. Если кто-то и является богом на земле, то это, скорее, я, зародышем которого или новорожденным я себя никогда не видел и которого, когда я умру, здесь

уже не будет, чтобы констатировать, что меня больше нет. Я являюсь частью постоянства, сопровождающего все-ведущую бдительность, судьбу и центр того мира, который автоматически переподчиняется во-круг меня и расходится лучами от той оси, которую я составляю.

Другой появляется для меня как находящийся неважно где; он уменьшается, удаляясь, он обречен на исчезновение и забытие, отлучаясь; а когда он здесь, то простодушно обращает ко мне лицо, на котором я различаю признаки слабости, ударов, морщин, слез! Лицо другого поражает меня своей мольбой: «помилуй нас, Господи...!» 3. Он пациент, для которого я — действующая сила, поскольку каждое из наших действий оказывает на другого воздействия, которые он претерпевает. Нарушение существующей между нами двумя симметрии, сводится к следующему: по отношению к такому ближнему я должен быть благодетелем и, как сказал Эмманюэль Левинас, отдавать предпочтение скорее долгу, нежели правам.

СКОРЕЕ ДОЛЖНИКИ, ЧЕМ КРЕДИТОРЫ

Разве только слабость ведет меня к нравственности, опорой которой, в таком случае, была бы лишь нищета и милосердие? Мысль вернулась бы к тому, чтобы не придавать никакого значения ценности человека и, в частности духу солидарности, примером которого, вместе с тем послужила бы моя жалость! Пришло время выступить против человеческого опыта: «Человек человеку волк». Конечно, он таков... Но безразличие ближнего и его враждебность, в конечном итоге, значат гораздо меньше, чем огромные благодеяния, которыми общество вознаграждает большинство из нас.

Мы — существа, «получаемые» длительно, со знанием дела, причем полностью производимые другими. Если человек человеку волк, то допустим, что он и волчица: кормилица и защитница. Мы существуем потому, что материнское лоно пожелало нас выносить, родители — воспитать, общество — предоставить нам язык, культуру, технику, друзей. И что бы мы ни делали, мы всегда будем скорее должниками, ощущающими бесконечную заботу и внимание своего окружения, чем кредиторами.

Этому соответствует self-made man: сам ли он выковал для себя цели, разум и слова, которые позволяют ему гордиться? Мы не только

пользуемся всеми льготами, которыми наделяет нас наше время, но используем также и постоянную возможность проникнуть в прошлое, в котором мы никогда не бывали. Проживая менее ста лет, мы, благодаря культуре, вольны в перемещении на три тысячи лет истории, творений и познаний человека. Самые великодушные, самые гениальные — ничто по сравнению с тем, что они получают. В обмен на «Жар-птицу» Стравинский располагал всей музыкой и всеми видами искусства, которых он не касался.

Итак, наши этические обязательства вызываются не только слабостью другого; это величие нашего долга, перед которым мы объявляем себя несостоятельными, поскольку сможем вернуть лишь малую толику того, что нам предоставлено. Таков третий этический этап: признательность по отношению к другому делает нас обязанными, поскольку мы всегда живем в долг.

А вот и четвертый: другой, более, чем я, заставляет меня предчувствовать иное, нежели те физические формы, в которых оно проявляется. Даже перед самим собой я не могу не признать в себе достоинств мыслящего субъекта, возвышающего меня над той обусловленностью, которая определяет мои мысли. Но другой еще и дарит мне лучшее свидетельство господства над существом, которое в нем живет. Ибо эти проявления превосходят мои и превращаются в событие. Чувствовать, говорить, думать — эти действия слишком знакомы мне, чтобы не думать об их истоках и путях: это я, это только я. Мои творения не удивляют и не научают меня; мне слишком хорошо известны хитрости, к которым я прибежал, создавая их, страдания, которых они мне стоили, привычки, пленником которых я остаюсь, та однозвучная мелодия, что возвышает мою мысль. Но другой появляется рядом со мной в блеске откровения (я сказала бы — почти что богоявления), в неизъяснимом смешении благодати и едва приотворенной тайны: он возникает как неожиданная свобода, не согласуясь с моими мыслями, чуждый их усилиям, блестящий уже от самой неоплачиваемости разума. Короче говоря, он застаёт меня врасплох.

Из-за такой способности удивлять меня он является символом некоей инаковости, которую я не умею ни поймать в ловушки ненависти, ни объять в любовных мечтаниях. Любимый или истерзанный, он живет в своей тайне, что находится на краю горизонта, где мерцает трансцендентность. Будто в другом существует другой -абсолютный,

бесконечный, признаком которого он есть. Известно, что христиане и иудеи всегда связывали лик их Бога с глубинами, скрытыми от человека, и что они слили две заповеди, которые предписывали любовь к Богу и любовь к ближнему, в одну.

Только что бытие в силу безотлагательных причин отправлялось к другому. Другой, в свою очередь, вновь резко поднимался к бытию. Этика вновь становится источником метафизики. Именно высшее смирение человека, то есть чисто этическое соображение побудило Апостола Фому подняться на самую высокую вершину того, что можно сказать о человеке, неожиданно измеренному в его трансцендентности. «Господь мой и Бог мой!» — шепчет он, коснувшись ран казненного.

1. M. BLANCHOT, *Entretien infini*, Gallimard, 1969.
2. E. LEVINAS, *Autrement qu'être ou Au-delà de l'essence*, Niihoff 1978
3. Матф. 20:30.

ФРАНС КЕРЕ

Доктор богословия. Член Национального консультативного комитета в области наук о жизни и здоровье. С 1963 по 1972 год работала над переводами творений Отцов Церкви, в частности опубликовала:
Une lecture de l'évangile de Jean, изд-во Desclée de Brouwer, 1988,
и *La Famille*, изд-во Seuil, 1990

ИСТИНА ЗА ПИРЕНЕЯМИ..

РЕЛЯТИВИСТСКИЕ ВАРИАЦИИ В ВОПРОСАХ ЭТИКИ. СУЩЕСТВУЕТ ЛИ УНИВЕРСАЛЬНАЯ МОРАЛЬ? О ЧЕМ СЛЕДУЕТ ГОВОРИТЬ: ОБ ЭТНОЭТИКЕ ИЛИ ОБ АНТРОПОЭТИКЕ?

В силу различных причин вопросы, относящиеся к понятию этики, далеки от антропологии. С одной стороны, традиционно они вытекают скорее из философских вопросов и понятий — вопросов и понятий другого порядка, нежели описательный, эмпирический подход научного или «позитивистского» толка, фактов, относящихся к антропологии. С другой стороны, но по тем же причинам, антропология по определению и историческим целям (качественное исследование иных, экзотических, не западных обществ), стремится к релятивистской перспективе, к тому, чтобы проводить различие, уважительно относиться к разнообразию: все общества, все культурные системы законны, западные ценности — тоже продукт истории и культуры и, следовательно, они ни в коей мере не характеризуются интеллектуальным и моральным превосходством. Исключение составляет один из наиболее сомнительных видов этноцентризма — течение, которое, первоначально вписываясь в политические убеждения левых, значительно расширилось после войны, движимое добрыми намерениями — защитой колонизированных обществ, борьбой против расизма, нападением на «примитивизм» и эволюционизм. Таким образом, анализ этики оказался в невыгодном положении: с одной стороны — искушение повернуть к философскому подходу (но тогда его универсализирующая абстракция стерла бы наработки и специфику антропологии, открытие и объяснение культурного своеобразия, бесчисленных обычаев, норм и ритуалов, известных «отличий»), с другой — обязательность прохождения через дискуссию, — старую, но по-прежнему неизбежную, касающуюся релятивизма и универсального в человеческом существовании, ценностей Запада и ценностей других обществ, возможных теорий, позволяющих их оценивать, в применении, к стати сказать, непременно политическом.

Что мог бы сказать антрополог о биомедицинской этике? Прежде следует высказать несколько замечаний относительно этики в целом, в частности о направлениях в релятивизме, называемых когнитивным и нравственным; затем о возможных доводах в пользу этического универсализма, которые могут опираться только на рационалистскую перспективу; наконец, о проблемах, возникающих вместе с несчастьем и болезнью, которые делают более сложной теорию этики в целом, поскольку подразумевают аффекты, эмоции, индивидуальные конфликты, в силу человеческой природы классически мало совместимые с этическими требованиями в трактовке незападных обществ.

Релятивистские вариации, которые выявляет антропология, склоняются к следующему: «в данной культуре все относительно», «то, что истинно по эту сторону Пиренеев, ложно по другую...», «не существует ни абсолютной истины, ни универсально применяемых норм» и т.д. Описывая бесконечное богатство способов мышления и организации социума, антропология (как и история) показала их крайнюю сложность, например, сложность систем родства или в высшей степени утонченный и абстрактный строй мифов; особенно велик в этом вклад Леви-Стросса. Антропология стремилась объяснить это разнообразие, определить его причины и принципы, открыть в нем рациональность для определенного общества — обычно функционалистским (все правила или институции, даже самые нелепые, заключают в себе какую-то функцию) или структуралистским (элементы, необходимые для интеллектуальной связности целого) образом. Все объяснить — означает все узаконить, включая самые экзотические проявления, совершенно иные репрезентации и верования: каждый в равной мере сложен и зависит от исторических и социологических посылок, каждый обладает своим «правом на отличность».

К сожалению, эти общества в XX столетии уже не только не были достойной целью антропологии, но оказались обществами политическими, вписанными в постколониальную и международную систему, в затрудненные отношения с Западом (отношения силы, противостояние различных образов мышления и умозаключений); они стали причиной шокирующих, по западным меркам, проявлений — разумеется, всего лишь по меркам, поскольку Запад стал действовать самым чудовищным с этической точки зрения образом. Именно тогда радикально встал вопрос о законности иного, нравственном превосходстве тех или

других, об этических принципах. Релятивистские дебаты сегодня гораздо менее академичны и под давлением современных течений (солидарность со странами третьего мира, отказ от ценностей Запада и взятия реванша, политическая интенсификация религиозных движений и т.д.) не рискуют выглядеть отсталыми. Отныне они вытекают из трех неразрывных составляющих — антропологии, философии, политики.

УНИВЕРСАЛИСТСКАЯ ТЕОРИЯ

На первый взгляд, с точки зрения разнообразия верований и организации социума, действительно представляется сложным найти основу для какой-либо универалистской теории, которая, кроме всего прочего, становится почти невозможной из-за все большей фрагментации наук. Если антропология колеблется — с большим или меньшим успехом — между релятивистским различием и различием в социальных закономерностях, то психология и философия, к примеру, характеризуются более универсальным подходом, предпосылки которого — человек, единство человека — стремятся к универсализации. Примером амбивалентности могли бы служить Леви-Стросс и структурный анализ, поскольку в своих поисках инвариантов человеческой мысли они ссылаются как на философию, так и на психологию. Каждая дисциплина, относящаяся к наукам, называемым социальными, имеет свои собственные цели, понятия, характеризуется присущим ей редукционизмом перед лицом реальности, оказывает помощь в разработке этических вопросов лишь частично. В пользу релятивистских или универсальных взглядов, притягивая того или иного свидетеля, основные применения. Социальные науки для описания реального пользуются различными концепциями о человеческом существе, теориями (зачастую *ad hoc*) и игрой слов, а следовательно, и практически несравнимыми этическими теориями.

Приведем всего лишь один пример. Психоаналитический подход, даже если он унифицирован так же слабо, как и антропология, создает концепцию человека и жизни в обществе, закладывая, таким образом, основы этики, и опирается на такие понятия как желание, структура, мазохизм и т.д., в которых индивидуальное бессознательное в фундаментальном «не-отношении» с другим не может выделить долг альтруизма (Rajchman, 1986). Претендуя на реалистичность, этот концепту-

альный формат исключает, например, какой бы то ни было этический принцип трансцендентального типа. Психология, со своей стороны, схематически стремится утвердиться на детерминизме и в границах, коренящихся в биологии человеческого тела, в понятиях способностей и разума (в частности, когнитивистское течение). Концептуальные сопряжения не могут не вызывать дискомфорта. Вот почему, и это относится и к антропологии, лишь философия, как эпистемология или метанаука, может обеспечить опору для этических размышлений.

Релятивизм имеет два аспекта: релятивизм, называемый «когнитивным», и релятивизм, называемый «нравственным». Первый утверждает, что «индивиды, живущие в культурах или являющиеся носителями различных языков, развиваются в совершенно различных (интеллектуально) универсумах», а следовательно, не понимают друг друга. Если индивид другой культуры, «культурный другой», кажется чужим, то потому, что он пользуется словами и репрезентациями внутренними, совершенно чужеродными по сравнению с моими, и естественными для него; в них он вырос, они обуславливают, объясняют и оправдывают его поведение — например, детоубийство, жестокие наказания, браки по договору между родителями, веру в духов или колдовство, существование определенных запретов, касающихся женского пола и т.д. Нравственный релятивизм, связанный с когнитивным, предполагает, что те правила и нормы, которые вырабатывает отдельное общество или некий индивид, подходят и тому, и другому, что все они в равной степени соответствуют основополагающим принципам, и что, следовательно, абсолютного, «внешнего» критерия, позволяющего судить об этическом превосходстве того или иного верования, того или иного поведения не существует. Таким образом, нет оснований полагать, что нравственные ценности Запада (исторически «иудо-христианские», если говорить в целом) соответствуют самой высокой мере, что они более значимы по сравнению с другими.

ФИЛОСОФСКАЯ ТРАДИЦИЯ

Эти мнения сливаются в весьма распространенное интеллектуальное течение, его не так-то легко опровергнуть (кроме «сильного варианта», радикального, — абсурдного и самоопровергающего), если мы серьезно относимся к культурному разнообразию и разнообразию

индивидуальных рацио: с релятивистской точки зрения индивиды и общества неразрывно связаны, разница между верованиями ощущается при первой же встрече с другим, *a fortiori*, если он не говорит на том же языке и следует другому образу жизни. Кстати, философская традиция поддержала релятивистские позиции: Спиноза, который рассуждал скорее в энергетических терминах, или Витгенштейн, который анализировал парадоксы, неотделимые от нормативного понятия, и показывал, что истина и значение всего лишь результат консенсуса «задним числом», или еще, разумеется, Руссо. Общественные связи, жизнь в обществе основаны лишь на изначальном «договоре» между индивидами, из этого вытекает этический долг: согласно утилитаристскому видению, для индивидов это способ довести коллективное благосостояние до максимально возможного, удовлетворяя интересы большего количества людей; в теории договора, который противостоит ему, все еще живет идея о возможном рациональном выборе того или иного правила (Rawls, 1987).

В таком разрезе ни философия, ни антропология *a fortiori* не обладают компетенцией в этических вопросах и не могут их «доказать»: действительно, как выносить суждение о мыслях или действиях другого (Лиотар, 1983)? Единственной сложностью является то, что все считают (взаимодействие людей только так и происходит), будто некоторые репрезентации и действия, производимые другими индивидами или группами, вызывают аффекты (согласие, гнев, скандал, отвращение и т.д.), несоизмеримые с этическими обязательствами; в ряду, начинающемся с гиперрелятивистского «все дозволено» и заканчивающемся бездоказательным этноцентризмом, необходимо определить критерии этического суждения — тем более, что выбор между тем или иным отношением, что вряд ли можно опровергнуть, имеет самое что ни на есть практическое (расистское...) применение, касающееся отношения как к «другому человеку», так и к другим группам. Хорошо известно, что если со всем мириться, то можно оправдать самое автаркическое и эгоистическое отношение («отдельное развитие», «пусть они остаются теми, кем они есть»), нравственную позицию, столь же непригодную, как если бы мы и себя стали считать единственными обладателями неоспоримых ценностей.

А именно: эти критерии этической оценки — другого или других — невозможно обнаружить при исследовании эмпирической реально-

сти; ни одно из разнообразных правил многочисленных общностей не может поддержать универсальной морали. Разумеется, антропология предпринимала попытку вывести когнитивные универсальные правила, относящиеся к мысли или действию, например, касающиеся возможных систем родства: запрет инцеста (Héritier, 1981); примечательно то, что эти инварианты опираются на инварианты биологических данных, в данном случае диссимметрию, дисморфизм обоих полов. Точно так же работы В. Berlin и Р. Key, в которых выведены универсальные правила для классификаций цветов во всех обществах, стали решающими при формулировании культурных категорий в физиологии зрения. То же относится и к приучению к категориям, концептам и классификациям, повторяемость которых была показана с помощью когнитивной психологии. Но ничто из этого не позволило поддержать универсальное нравственное. В некоторых обществах практикуют жертвоприношения, внешне варварские обряды инициации; создается впечатление, что там не признают принципов солидарности, помощи, равенства людей и полов, что там превозносят состояние войны и придают весьма скромное значение отдельной жизни. Все эти ценности антропологически оправданны: где найти этическое универсальное?

Ответ вновь дает философия. Начиная с Сократа известно, что этический аргумент (если не хотят, чтобы он был опровергнут какими-то мнениями или эмпирическими контрпримерами) должен показать, что содержащееся в нем истинное и справедливое безусловно является таковым (Constantineau, 1986). Кант вывел обязательства по отношению к другому из самого концепта рациональной автономности индивида: категорический императив рационален и субстанциален. Результатом этого философского направления могут быть только истинно этические аргументы: описательные и предписательные сферы не поднимаются до уровня репрезентации и однородных языков: знание реальности — это совсем иная область, чем подчинение некоему «ты должен», некоему «нужно, чтобы...». Этические принципы не выводятся из эмпирического знания, из «когнитивного», они могут устанавливаться только на основе предварительной, «трансцендентной» необходимости; они не вступают в переговоры, они не страдают от компромиссов, разве что когда утрачивают свой принципиальный характер. Сегодня кантовская рефлексия расценивается как единственная основа обязательности и ответственности: другой сам по себе является источни-

ком обязательств, он трансцендентен для меня (Левинас, 1961, Лиотар, 1983). Даже идея договора, реабилитированная современной политической философией, сталкивается с неизбежностью трансцендентности этики по отношению к разнообразным индивидуальным интересам (Rawls, 1987).

НОРМЫ И ДОЛГ

О становимся на этой перспективе с антропологической точки зрения, выдвигая логические и рационалистические доводы в пользу универсальности этики. Причины просты: члены любого общества, даже самого «дикого», не могли бы взаимодействовать, общаться, выживать, будь они лишены понятия о норме (логической, как показал в своей «эволюционистском» доводе Dennett, 1984) и понятия о долге по отношению к другому. Общество «а-ля Hobbes» в состоянии «войны всех против всех» попросту нежизнеспособно. Знание и подчинение этической норме в таком значении являются логической необходимостью, а priori любого взаимодействия. Философия англо-саксонского языка поддерживает рационалистский довод: как показал Н.-Р. Grice, а затем D. Sperber, любое общение между людьми основано на «правиле сотрудничества», в противном случае его просто не будет. Следуя тому же порядку идей, Н. Putnam подчеркивал различия между рациональностью и этикой, отметив, что мир «суперутилитаристских» индивидов, руководствующихся только собственными интересами, будет абсурдным, поскольку они не будут обладать рациональными знаниями о мире, которые помогут им выжить (Putnam, 1984).

В работах по практической лингвистике достаточно убедительно показано, что изложение суждения носит «невысказываемый» характер включенности того, кто его излагает, как относительно другого, так и по отношению к себе самому. Иначе говоря, для того, чтобы лгать, хитрить, мошенничать, нужно прежде овладеть принципом говорить правду, сотрудничать, иметь намерение общаться (Sperber, 1986). С точки зрения логики это вторично. То же касается и действия — этическое правило логически стоит на первом месте: чтобы причинять зло, нарушать, вызывать страдания другого, нужно признать норму, предписывающую кооперативное обязательство по отношению к другому. Многие антропологи и философы, релятивисты и сторонники теории

чистого консенсуса не увидели сущностного различия между существованием нормы и полем ее распространения. Нравственная норма — это универсальное для человеческого разума, некое а priori любого взаимодействия; долг по отношению к другому известен каждому, но сфера его исполнения разнится в зависимости от культуры.

ТРАДИЦИОННЫЕ ОБЩЕСТВА

В отличие от фиксированных в писаниях религий, которые, как христианство, распространили на всех других (на «ближнего») применение этической нормы, большинство обществ, называемых традиционными, ограничили его определенными группами индивидов: в частности теми, которых местные культурные понятия рассматривают как отдельных сформировавшихся «личностей», что позволяет исключить детей младшего возраста, рабов, женщин, непосвященных, людей из другого селения, другого этноса и т.д. Понятие человеческой личности, как неоднократно подчеркивалось в антропологии, включает в значительной степени изменяющиеся в зависимости от общества атрибуты. Но ограничивать поле предписания, само собой разумеется, не означает не знать о таком предписании; и во всех обществах существует группа индивидов, пусть даже крайне ограниченная, например, семья, в рамках которой нравственная норма (говорить правду, приходить на помощь и т.д.) действует в обязательном порядке. Как показал г-н Gilesnan, даже в Ливане, где привычка ко лжи принята основным кодексом утвердившихся отношений, для того, чтобы точно распознавать ситуации, где присутствует хитрость и ложь, запрещенные в некоторых группах индивидов, нужно иметь представление об истине.

Таким образом, релятивистским рассуждениям о культурных различиях, о том, что «они не такие как мы», «как к ним относиться?» и т.д., попросту нет места. Сегодня можно прочесть достаточное количество туманных приблизительных утверждений, касающихся, например, понятий индивидуализма, «прав человека», личных прав в традиционных обществах, где индивид сметен, уничтожен в угоду интересам общности, в отличие от западной этики нового времени, которая отмечена утверждением индивидуалистских ценностей и незыблемых прав индивидов (см., например, работы L. Dumont, G. Lipovetsky, L. Ferry и т.д.).

Такого рода противостояние — с одной стороны общность бесправных индивидов, подчиняющихся коллективным правилам традиции, с другой — прогрессивная индивидуалистская этика, основанная на признании прав каждого человека — несколько упрощено. Традиционные общества, очевидно, признают инаковость, индивидуальные, психологические, статусные различия, но влияние социальной нормы, свободы, возможности отдалиться согласно своему желанию, дозволенность отхода от нормы (например, в «мистике») распределены в них по-разному, как и части, соответственно, индивидуального и социального, составляющие личность человека (понятие о личности, сформулированное в 1973 году). Этические ценности существовали до того, как сформировались представления о поведении, но существовали в разных областях деятельности, с различной степенью обязательности и отличающимся понятием идентичности личностей. Для личностей сочетание индивидуального своеобразия и социальных детерминаций (принадлежность к роду, наследование качеств родителей) не накладывается на современные различия относительно индивида, другого, институций (государство) и прав, которые из этого вытекают.

РАЗЛИЧНЫЕ ТИПЫ ПОРЯДКА

В том, что касается несчастья, болезни, распоряжения телом, когда оно страдает, антропология уточняет классические этические вопросы: индивидуальные права относительно коллективных норм, интересы относительно юстиции, требования действия, эмоции относительно «трансцендентных» нравственных обязательств (какими бы они ни были: договорными, консенсусными и пр.). Поскольку конфликт между ними реально существует, а аффекты, страсти, как известно каждому, несовместимы (ибо вводят в игру идентичность себя и своего собственного желания) с этическим отношением (ибо оно предполагает приоритет другого над собой).

Каждая культура, каждая религия вводит свои, отличающиеся от других, порядки, чтобы трактовать это противостояние и очевидную несовместимость. Схематически можно было бы противопоставить христианскую этику (провозглашающую абстрактное и эгалитарное обязательство по отношению ко всем «ближним») — этике иудейской, которая после закона «око за око, зуб за зуб», перевоплощения тради-

ционного соответствия, философски развила превосходство любого другого (Левинас), и «традиционную» этику, основанную скорее на ответственности меняющемся и ограниченному распространению.

Например, в африканских обществах, базирующихся на роде, казалось бы, не проявляют в общепринятом смысле желания помочь другому (заболевшему или обделенному), если он случайно принадлежит к другому кварталу, клану, селению, — что дает основания для расистских разглагольствований о нравственной неполноценности. Для обществ, называемых «сегментарными», структурированными по принадлежности к той или иной группе родства или проживания, долг облегчать страдания другого, ценность человеческой жизни, желание лечиться в значительной степени направлены по этим сетям и расчленениям («мы» и «другие»), внутри которых, а не извне долг ощущается.

Но антропология может выделить многие моменты. Здесь другой — не абстрактное понятие, родовая целостность («другой как таковой»), как для нашей современности: это прежде всего «воплощенное» человеческое существо, особое в силу его места в соответствующей группе, определенное возрастом, полом, статусом. Поведение по отношению к нему подчиняется неписаным правилам, внешнюю сторону которых невозможно себе представить, если только не исключить себя из общества. Таким образом, вся врачебная этика подчинена подобной системе оговорок.

ЗАДАЧА ФИЛОСОФИИ

Между тем этот межобщественный континуум, это универсальное этической рациональности, различным образом актуализированное, проявляется также и в другом аспекте. Мифическое «дикое», «первобытное» общество (Руссо, Rawls) воспринято философской рефлексией как «естественное» состояние войны всех против всех, и тогда целью философии становится анализ основ обязательной связи, но при этом она испытывает значительные сложности в примирении этих основ с отнюдь не идеальным субстратом страстей, интересов, эгоизма, злобы — качеств естественных или приобретенных? Сейчас этот узел не разрубить. Поскольку, как мы видели, этика — (всего лишь) некое логическое а priori рациональности. Ее особенности в современных условиях заключаются в следующем: в традиционных обществах сохра-

нилась, проявляясь все с большей силой, агонистическая модель отношений между людьми: конфликт, ревность, давление, страх, «страсти душевные». Другой воспринимается прежде всего как угроза, наглядным проявлением чего является система понятий о колдовстве, столь распространенная в Африке. Традиционной этике присущ реализм, не позволяющий забывать об этом.

ЛИТЕРАТУРА

Philippe CONSTANTINEAU, «L'éthique par-delà la sémantique et la pragmatique», *Critique*, 475, décembre 1986.

Dan DENNETT, «Systèmes intentionnels», *Philosophie*, 1, janvier 1984.

Françoise HERITIER, *L'Exercice de la parenté*, Paris, éd. du Seuil, 1981.

Emmanuel LEVINAS, *Totalité et infini*, La Haye, Martinus Nijhoff, 1961.

Jean-François LYOTARD, *Le Différend*, Paris, éd. de Minuit, 1983.

La Notion de la personne en Afrique Noire (ouvrage collectif), Paris, CNRS, 1973.

Hilary PUTNAM, *Raison, vérité, histoire*, Paris, éd. de Minuit, 1984.

John RAJCHMAN, *Le Savoir-Faire avec l'inconscient*, Bordeaux, William Blake, 1986.

John RAWLS, *Théorie de la justice*, Paris, éd. du Seuil, 1987.

Dan SPERBER et Deirdre WILSON, *Relevance*, Londres, Cambridge University Press, 1986.

НИКОЛЬ-АЛИС СЕНДЗЕНГР

Антрополог, сотрудник лаборатории социологии и географии африканских стран при CNRS (Национальный Центр Научных Исследований).

Принимала участие в создании коллективных работ, в частности «Le Sens du mal», написанной под руководством Marc Auge и Claudine Herzlich (Archives contemporaines, 1985)

ПРОГРЕСС РАДИ ЕДИНОЙ ЦЕЛИ?

ВЕДУТ ЛИ РАЗМЫШЛЕНИЯ НАД ЭТИЧЕСКИМИ ПРОБЛЕМАМИ
К ЗАМЕДЛЕНИЮ НАУЧНОГО И МЕДИЦИНСКОГО ПРОГРЕССА,
КОТОРЫЙ, ЕСТЕСТВЕННО, СТРЕМИТСЯ ИЗБАВИТЬ ЧЕЛОВЕЧЕСТВО
ОТ СТРАДАНИЙ? ПОДОБНАЯ ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ
СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ДОСТАТОЧНО НАИВНОМ ПРЕДСТАВЛЕНИИ...

В 1980-е годы мы все чаще слышали на различных заседаниях и все чаще читали в газетах и научной периодике¹ о том, что этические нормы слишком часто препятствуют развитию научных исследований и применению их в биотехнологии и медицине. С этим столкнулись, например, на ежегодных Днях Национального комитета по этике (НККЭ) 15-16 декабря 1986 года, в ходе которых участники выражали недовольство мораторием, объявленным НККЭ, на исследования в области генной диагностики на человеческих зародышах.

Многие научные сотрудники напоминали тогда о прогрессе в лечении, который произошел в XVIII и XIX столетиях благодаря Джennerу и Пастеру: разве не стремились эти ученые провести до конца вакцинацию в условиях, опасных для их пациентов (предварительно они практически не проводили опытов на животных)? Смогли бы они работать, существуя в их время комитеты по этике? А значит, смогло ли бы человечество ощутить существенный прогресс в лечении? И наконец, более конкретно: разве не должны были их пациенты, такие, как малыш Жозеф Майстер, укушенный бешеной собакой и обреченный на верную смерть, радоваться отваге этих исследователей?

Кстати сказать, в наши дни для того, чтобы доказать, что исследованиям не препятствуют, нередко выдвигают довод о необходимости безотлагательной медицинской помощи в отдельных случаях, когда страдают совершенно реальные пациенты (в отличие от абстрактных ссылок на благо человечества). Так, в 1970-е годы, чтобы продолжать исследования по оплодотворению *in vitro* и трансформации зародыша, который должен был стать первым «младенцем в пробирке» (и стал им

в 1978 году), R. Edwards действительно в качестве аргумента ссылаясь на страдания бесплодных женщин. Подобным же образом и Carl Wood, директор исследовательского подразделения по искусственному оплодотворению, самого передового в Австралии, в 1984 году выступил с поддержкой того, чтобы женщины, лишившиеся матки (вследствие болезни, несчастного случая т.д.), прорекламировали когда-нибудь, что исследователи вводят в действие эктогенез, то есть беременность, которая от начала и до конца протекает в пробирке².

Итак, не являются ли комитеты по этике всего лишь помехой научному и медицинскому прогрессу, направленному, естественно, на облегчение страданий человечества? Такая постановка вопроса свидетельствует о достаточно наивном представлении о том, что такое наука и медицина сегодня, о том, чем являются научные сотрудники и врачи для индустриальных обществ XX столетия.

В наши дни и научный, и технический прогресс достигли такой степени сложности и совершенства, что введение новых методов лечения неизменно приводит к моменту, когда становится необходимым эксперимент на человеке, о чем бы ни шла речь: о новых медикаментах, об искусственном сердце, о геномном лечении, то есть о введении генов для исправления наследственных заболеваний³. Люди соглашаются на пробное лечение в основном не столько ради своего собственного блага, сколько ради будущих пациентов, внося свой вклад в разработку того или иного нового метода терапии.

В настоящее время это прекрасно понимают люди, дающие согласие на эксперимент с искусственным сердцем: при современном состоянии техники их собственная жизнь может продлиться всего лишь на несколько месяцев. Но эти испытания несомненно позволят в один прекрасный день имплантировать пациентам искусственное сердце на длительный срок. При других видах исследований субъекты рискуют не только не выздороветь, но и подвергают себя возможному более или менее серьезным неприятностям. Так, в 1982 году в Париже во время проведения клинических испытаний с интерфероном (природная субстанция, обладающая антивирусными и, предположительно, противоопухолевыми свойствами, которую стали выпускать не так давно) умерло четверо раковых больных.

Итак, достаточно ясно, что этим людям, выступающим в роли «подопытных кроликов», должна быть обеспечена защита: это, как

следствие откровений нацистских врачей о преступных опытах, и есть первая цель этических мер в области экспериментирования на человеке (в том виде, в каком они были впервые сформулированы в 1948 году в Нюрнберге). Речь идет о том, чтобы убедиться, что люди, которых привлекают к этим опытам, идут на это осознанно, понимая суть дела (зная о возможном риске и осложнениях) и совершенно добровольно (без финансового или другого давления). Одна из первых рекомендаций, высказанных Национальным комитетом по этике, как раз и относилась к мерам, которые необходимо предпринять, чтобы испытания на людях новых лечебных методов проходили в условиях, приемлемых с точки зрения морали.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОРЕВНОВАНИЯ

Вторая причина стремления защитить людей, выступающих в роли «подопытных кроликов», не имеет отношения ни к технической точности протоколов клинических испытаний, ни к неуверенности в результатах; она касается здравого смысла научных сотрудников и врачей в рамках напряженного соревнования в современном научном и медицинском учреждении. Для руководителя исследований речь идет не только о том, чтобы быть первым в пересадке какого-то органа, вылечить больных лейкемией, или провести первую генную терапию, или первыми получить «младенца в пробирке»... — и снискать славу, и увидеть свои фотографии в средствах массовой информации. Важно прийти первыми еще и потому, что это позволит иметь приоритет перед другими исследовательскими группами на получение от министерств кредитов, необходимых для функционирования все более дорогостоящих групп и лабораторий. Как следствие, пациенты рискуют быть всего лишь средством в руках исследователей и врачей, которые как бы стремятся их вылечить, а на самом же деле преследуют только свои собственные цели.

Так, первая попытка генного лечения человека, предпринятая в 1980 году американцем Martin Cline, была исключительно скандальной, потому что он прекрасно знал, что у него нет ни малейшего шанса на успех⁴. Этот калифорнийский исследователь в области генной инженерии отправился, насколько мы помним, в Израиль (не получив согласия американских комитетов по этике) якобы для того, чтобы вылечить

молодую женщину, пораженную талассемией (наследственное заболевание крови) путем введения нормального гена глобина.

ВО ИМЯ НАУКИ

Разумеется, пациентка, в которую он вселил надежду на возможность выздоровления (а это был ее последний шанс), поверила, что, соглашаясь на эксперимент, она способствует прогрессу науки, если не ради себя, то хотя бы ради человечества. А ведь исследователи, узнав о предстоящем опыте, в один голос заявляли, что Martin Cline провел недостаточное количество экспериментов на животных, чтобы питать хотя бы малейшую надежду на то, что его вмешательство поможет человеку, и что, следовательно, оно совершенно бесполезно (а возможно, и опасно для пациентки). Таким образом, израильская пациентка становилась просто-напросто игрушкой в руках некоего исследователя, который повиновался только своим собственным амбициям. Вот почему со стороны комитетов по этике контроль за подобными действиями не только желателен, но и необходим. Наконец, на глобальном уровне наука и техника сегодня нередко сопровождаются «сциентистским» умонастроением. Полагают, будто все проблемы, включая чисто человеческие, могут и должны быть разрешаемы наукой, потому что у нее на все есть ответ, и она — истина в последней инстанции. Во имя этой сциентистской идеологии научные сотрудники и врачи могут прийти к тому, что предложат губительные для общества действия.

Так, евгеника бесспорно была доктриной, сформулированной в конце XIX и в начале XX столетия настоящими и выдающимися учеными, которые, опираясь на знания о генетике, соответствующие тому времени, искренне верили, что творят во благо человечества. Биологи и генетики, такие как Francis Galton в Англии, C. Davenport, W. Castle, Th. Morgan в Соединенных Штатах, действительно хотели спасти человечество от вымышленного вырождения, обусловленного, по их словам, постоянным увеличением числа генетически дебильных лиц. Сегодня же хорошо известно, что врожденные болезни, поражающие нервную систему, затрагивают лишь ничтожно малое число людей (наиболее распространенная среди них, болезнь Дауна, поражает, в среднем, 1 ребенка из 700 родившихся, то есть 1,4 на 1000 детей). Между прочим, на сегодняшний день нет ни единого результата исследований, который

бы ясно и неопровержимо показал, что развитие умственных способностей определяется генетическими факторами⁵.

Итак, очевидно, что широкие программы по стерилизации бродяг, ненормальных, алкоголиков, бедняков и т.д. (то есть всех тех, кого поголовно считали умственно отсталыми), осуществлявшиеся в 1920-30-х годах в демократических западных странах (таких как Соединенные Штаты и Швеция) были просто скандальными и совершенно недопустимыми. А ведь эти программы были инициированы названными выше учеными⁶. Едва ли стоит напоминать, что частично именно сциентистская идеология привела Гитлера к уничтожению пациентов психиатрических клиник, евреев и цыган⁷.

Да можно ли теперь, в XX веке, после всего сказанного, говорить, что ученые и врачи автоматически творят ради прогресса? И когда наши современники — именитые ученые, такие, как профессор J.-L. Touraine или E. Papiernick — говорят нам, что исследования по эктогенезу необходимы, поскольку эта «репродуктивная технология» освободит женщин от рабства материнства², то стоит ли принимать их слова за чистую монету, слепо веря, что речь идет о добрых и добродетельных ученых, работающих на благо человечества? Разве не правомерно было бы представить их предложения на рассмотрение комитетов по этике? Кстати, это именно то, чем занимается НККЭ во Франции или Комитет по этике при ЕЭС для Европы, приняв решение классифицировать исследования по эктогенезу как запрещенные; ясно, что в таких случаях речь идет не о цензуре научных исследований, а о недоверии к сциентистской идеологии.

Итак, исходя из реальной природы науки и роли научного и медицинского учреждения в современном мире, необходима этическая рефлексия. Не становясь помехой науке, она является необходимым условием того, чтобы научный и медицинский прогресс осуществлялся в приемлемых с точки зрения гуманности и социальности условиях. Не считаться с этикой означает, занимаясь исследованиями, запутываться во все более многочисленных и острых проблемах. Лучшей иллюстрации, чем то, что произошло с искусственным оплодотворением, не найти⁸.

ПОСЛЕДСТВИЯ МЕТОДА FIVETE

В 1970-е годы комитет по этике Совета по медицинским исследованиям (Medical Research Council) в Великобритании обратился к

R.Edwards с просьбой отработать метод получения младенцев в пробирке на мышах, потом на обезьянах, прежде чем перейти к человеку. Но R.Edwards, аргументируя тем, что работа с обезьяной потребует слишком много времени и денег и что бесплодные женщины нуждаются в скорейшем получении лекарства, перешел от мыши непосредственно к человеку (вот почему Совет по медицинским исследованиям отказал ему в финансировании). Но из-за недостаточной отработки на животных показатель успешного проведения FIVETE (оплодотворение *in vitro* и пересадка эмбриона) до 1980 года колебался от 1 до 2 из 100 (требовалось около 100 попыток, чтобы женщина смогла иметь ребенка).

Основной причиной такого чрезвычайно низкого показателя было то, что исследователи не понимали, что позволяет зародышу имплантироваться в матке, а знание об этом можно было приобрести в процессе углубленных исследований на мышах и обезьянах, еще не переходя к человеку. Но вместо того чтобы предпринять эти исследования, специалисты по искусственному оплодотворению ограничились тем, что к 1980 году прибегли в отношении человека к техническим хитростям, которые использовались в «промышленных» методах при воспроизводстве животных.

Так, Alan Trounson обратил внимание на то, что одновременное наличие в матке овцы многих зародышей значительно повышает показатель имплантации, хотя причина этого оставалась неизвестной. Именно это и привело к современному методу искусственного оплодотворения: он заключается, напоминает Trounson, в том, чтобы одновременно вызвать у пациентки многочисленные овуляции (которые называются суперовуляцией) с тем, чтобы одновременно оплодотворить *in vitro* много яйцеклеток и, таким образом, получить много зародышей, готовых к тому, чтобы их ввели в матку. Затем их помещают в этот орган «пакетами» по 2, 3 или 4.

Показатель имплантации зародышей возрос, общий показатель успешных опытов FIVETE подскочил до 10-15 из 100. Но следствием этой процедуры стало искусственное создание «избытка» зародышей. Действительно, суперовуляция часто приводит к тому, что одновременно образуется от 6 до 10 яйцеклеток (или даже более). В результате развиваются лишние зародыши.

Опять-таки Trounson был инициатором процедуры, заимствованной из практики промышленного скотоводства: он заморозил невос-

требуемые зародыши, предполагая ввести их впоследствии той же женщине в случае, если с первого раза попытка не удастся. Этот метод был подхвачен буквально во всем мире теми, кто работал в сфере искусственного оплодотворения. Замороженные лишние зародыши, если они не были повторно использованы для той же женщины, могли, при необходимости, быть переданы другим бесплодным женщинам, у которых овуляция не происходит; их можно передать и для научных исследований. Но каждая из таких возможностей поднимает острые этические проблемы, на которые НККЭ во Франции пытается в какой-то мере реагировать.

Если бы R.Edwards и его коллеги последовали этическим рекомендациям Совета по медицинским исследованиям, то они работали бы с мышами и обезьянами до тех пор, пока не поняли бы, какая фаза имплантации зародыша является решающей, и научившись управлять ею, достигли бы показателя, достаточного, чтобы перейти к опытам на человеке. Вместо этого они перешли к недостаточно известной им технической стороне, что и вызвало серьезные этические проблемы (создание банков зародышей с риском скатиться к евгенике или к технократическому управлению оплодотворением; передача зародышей, представленных в избытке как «пренатальные усыновления»; сомнительная передача зародышей для исследований и т.д.).

Кстати, НККЭ признал, что метод, при котором используют лишние зародыши, должен быть незамедлительно отменен, его следует заменить новым, при котором к подобному не прибегают. Однако пока не создается впечатление, что даже такие исследователи, как Jacques Testart, известный своей приверженностью этическим принципам, исполнены энтузиазма по поводу отказа от FIVETE в его сегодняшнем виде, предполагающем использование лишних зародышей⁹. Несомненно, сила привычки — мощное препятствие на пути к тому, чтобы научная и медицинская практика подчинились этике. Это еще один аргумент в пользу того, что этика должна не плестись в хвосте исследований, а напротив, предшествовать им...

1. См., например, статьи D.-E. Koshland в *Science*, 232, 1313, 1986; или статью B. Dixon в *Biotechnology*, septembre 1986.
2. См. M. BLANC, *L'Ère de la génétique*, La Découverte, 1986, p.421.

3. См. P.THUILLIER, «L'Expérimentations sur l'homme», в *La Recherche*, № 179, juillet-août 1986.
4. См. *L'Ère de la génétique*, op. cit., p.320.
5. R. LEWONTIN, S. ROSE и L. KAMIN, *Nous ne sommes pas programmes*, La Découverte, 1985.
6. D.-J. KELVES, *In the Name of Eugenics*, A.Кнопf, 1985.
7. B. MÜLLER-HILL, *Science nazie, science de mort*, éd. Odile Jacob, 1989.
- 8.
9. J. TESTART, личное сообщение.

МАРСЕЛЬ БЛАН

Биолог и писатель. Соавтор многих публикаций. В частности,
L'Ère de la génétique, изд-во La Découverte, 1986,
и *Les Héritiers de Darwin*, изд-во Seuil, 1990

Сборник статей

ТРЕБОВАНИЯ БИОЭТИКИ

МЕДИЦИНА МЕЖДУ НАДЕЖДОЙ И ОПАСЕНИЯМИ

под руководством Франсуазы Бриссе-Виньо
при участии Беатрис Ажшенбом-Бофти

Научный редактор Даниил Фишелевич Глузман
Литературный редактор Изольда Арсеньевна Антропова
Компьютерная верстка Наталья Аркадьевна Алексева
Художественное оформление Виктор Борисович Харик

Сдано в набор 09.07.99. Подписано в печать 08.12.99. Формат 84x108/32.
Бумага офсетная. Гарнитура Times. Печать офсетная. Усл. печ. л. 12,81.
Усл. кр.-отт. 13,02. Уч. изд. л. 11,33.

Международный благотворительный фонд «Издательство Сфера»
Украина 04107, г. Киев, Десятский пер., 3

Экспериментирование в лечебных целях, реанимация, эвтаназия, искусственное оплодотворение, пересадка органов, пренатальная диагностика... Сколько возможностей все серьезней задуматься над существенными вопросами — что есть личность? что такое тело? — поскольку они касаются жизни и смерти. И мы констатируем, что научное и медицинское влияние может превзойти влияние политическое и законодательное.

Эти темы затрагивают все слои общества, но перед практикующими врачами ставят конкретные и не терпящие отлагательства вопросы: следует ли прерывать беременность, если возникает хоть малейшая вероятность возникновения уродств и пороков развития? Следует ли реанимировать новорожденного с весом в пятьсот граммов вне зависимости от его состояния? По какому праву можно решать, вмешиваться или нет в жизнь престарелого человека? Какими критериями должен руководствоваться врач, проводящий трансплантацию органов?

В области наук о жизни пышным цветом расцветают коллоквиумы, доклады, предварительные проекты и предложения о принятии новых законов. Но где проходят дискуссии, каковы их рамки и что в них полезного, а что не включено вовсе? Должны ли они по-прежнему ограничиваться кругом правоведов и представителей науки? Какую роль отвести Комитету по этике, врачебным орденам, законодателям? Как ввести анализ во все сферы социального организма, не оттолкнув при этом практикующих врачей, испытывающих серьезное давление со стороны общественного мнения, законов и собственной совести?

Своими сомнениями, размышлениями, сложностями делятся с нами философы, социологи, юристы и медики.

Среди них Клер Амброселли, Этьен Болье, Франсуа Бауман, Мишель Бор, Клер Бриссе, Анн Фаго-Ларжо, Робер Фламан, Эммануэль Хирш, Катрин Лабрюс-Риу, Клод Морен, Франс Кере, Луи Рене, Мишель Саламань...

Сборник составлен под руководством Франсуазы Бриссе-Виньо при участии Беатрис Ажшенбом-Бюфти.