

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИНСТИТУТ ФИЛОСОФИИ
КАФЕДРА ЭТИКИ

БИОЭТИКА

Учебно-методическое пособие

Санкт-Петербург
2015

ББК 87.7

Б 63

Рекомендовано к изданию Учебно-методической комиссией
Института философии Санкт-Петербургского государственного
университета, протокол № 10 от 08 декабря 2015 года

Составитель:

канд. филос. наук, доцент **Т. В. Ковалева**

Рецензенты:

д-р филос. наук, доцент В. Ю. Перов,
канд. биол. наук, доцент Е. Н. Парийская

Учебно-методическое пособие «Биоэтика» предназначено для преподавателей высшей школы и студентов направлений «Этика», «Философия» и специализаций «Лечебное дело», «Стоматология». Оно направлено на ознакомление с основными этическими проблемами и подходами в рамках личностной и общественной морали, а также в области профессиональной этики. Его особенностью является комплексный характер, т.е. целостное рассмотрение вопросов профессионального общения при взаимодействии двух заинтересованных сторон в результате общих усилий по преодолению проблем со здоровьем в процессе лечения, неоднозначность подходов и приемов системы здравоохранения и деонтологической специфики медицины, отношений прогресса в медицине и реакции на его результаты общества и философского осмысления медицинских проблем. Представленный курс лекций и семинаров стоит на междисциплинарном взаимодействии этики, медицины, религиоведения, культурологии, географии, истории, лингвистики, социологии, экономики, политики и т.д., которые позволяют понять студентам влияние тех или иных процессов, связанных с потребностями человека и общества, шкалы ценностей, значения поступков, этические принципы и нормы. В соответствии с учебным планом курс делится на вводную часть для ознакомления с общими понятиями биоэтики и биомедицинской этики, и прикладную часть биомедицинской этики. Общетеоретическая часть позволяет студентам лучше освоить научную систему современных знаний по основополагающим аспектам биоэтики и биомедицинской этики. Прикладная часть позволяет сформировать навыки использования ряда практических компетенций, регулирующих профессиональное поведение современного специалиста в межличностном общении врач-пациент, врач-врач, а также составить свое мнение о проблемах прикладного характера таких, как эвтаназия, аборт, трансплантация, экспериментальная медицина и пр.

Рекомендуется как учебно-методическое пособие для студентов бакалавров специальности СВ.5043.2014 «Прикладная этика» (№ 033700), а также студентов по специальности «Лечебное дело» медицинского факультета, стоматология и медицинские технологии.

ISBN 978-5-299-00793-0

© Ковалева Т.В., сост., 2015.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Организационно-методический отдел	4
1.1. Цель изучения дисциплины.....	4
1.2. Задачи курса.....	4
1.3. Место курса в профессиональной подготовке выпускника	6
1.4. Требования к уровню освоения дисциплины «Биоэтика».....	7
2. Объем дисциплины.....	8
2.1. Объем дисциплины для направления «Прикладная этика».....	8
3. Содержание дисциплины	9
3.1. Разделы курса	9
3.2. Темы и их краткое содержание	9
Раздел 1. Начало биоэтики	9
Тема 1. Предмет и объект изучения этики.....	9
Тема 2. Задачи биоэтики и биомедицинской этики	11
Тема 3. История биоэтики	12
Раздел 2. Междисциплинарность и интегративность биоэтики в современном мире.....	15
Тема 1. Междисциплинарность биоэтики	15
Тема 2. Интегративность биоэтики как учебной дисциплины	19
Раздел 3. Ценность любой жизни как биоэтическая ценность	23
Раздел 4. Культурно-религиозные аспекты биоэтики. Возможности взаимодействия	30
Раздел 5. Ценностная сопоставимость биоэтики и общества	38
Раздел 6. Ценность здоровья человека в биомедицинской этике	42
Раздел 7. Этические комитеты и комиссии. Важность миссии	49
Раздел 8. Ключевые проблемы биомедицинской этики	54
Тема 1. Актуальные вопросы биоэтики в начале XXI в.	54
Тема 2. Право человека на смерть. Эвтаназия. Суицид.....	56
Тема 3. Репродуктивные технологии. Посмертные дети. Фетальная терапия. Стерилизация. Контрацепция	58
Тема 4. Клонирование. Генная инженерия. Расшифровка генома..	59
Тема 5. Евгеника	60
Тема 6. Право человека на тело. Трансплантация	63
Тема 7. Проблемы психиатрии. Наркомания и алкоголизм. НЛП. Нейроэтика	64
Тема 8. Алкоголизм и наркомания	65
Тема 9. Нейроэтика.....	66
4. Контрольный раздел.....	76
4.1. Перечень контрольных вопросов и заданий для самостоятельной работы.....	76
4.2. Темы рефератов и курсовых работ	78
4.3. Примерный перечень вопросов к зачету по всему курсу	83
5. Учебно-методическое обеспечение курса	84

1. ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ОТДЕЛ

1.1. Цель изучения дисциплины

Целью дисциплины является предоставление общетеоретических знаний по курсу биоэтика, освоение методологии и прикладной части подраздела биоэтики – биомедицинской этики, подбора необходимой научной, публицистической и художественной литературы по темам курса, ознакомление с основными современными тенденциями и технологиями в данном научном направлении и медицине, подробное рассмотрение моральных дилемм в мировом сообществе, в определенно взятой стране и профессиональном медицинском сообществе.

1.2. Задачи курса

Основной задачей этого курса является подготовка специалистов этиков в области биоэтики в целом и биомедицины в частности. Биоэтика, как наука и часть учебного процесса российской высшей школы, является сравнительно новым явлением. Далеко не каждый ВУЗ естественно-гуманитарного направления готов включить эту дисциплину в свой процесс обучения. Причин на это довольно много, и связаны они с социальными проблемами общества, его культурными особенностями, моральной шкалой принципов, устоями и привычками. Она наиболее востребована в сфере медицины, поскольку задолго до появления биоэтики она выработала для себя медицинскую этику, взяв за основу принципы деонтологии. По своей сути медицина – это не только область профессиональных знаний и деятельности, связанных с лечением людей, но и в определенной степени искусство воспитания и назидания. Исходя из исторических примеров, таких как предыстория создания Божественного комитета, можно смело сказать, что сложные моральные дилеммы в многогранной области знаний, как медицина, должны, в большинстве своем, решаться этиками, работающими в области биомедицинской этики, а не медиками или совместно с ними. Это очевидно, ведь такие специалисты должны иметь необходимые знания и навыки, выходящие за пределы медицины и опосредованных знаний деонтологии, чтобы решать множество проблем этического характера в сложившихся условиях современных международных рыночных отношений.

Со времен Гиппократов, известно, что врач, по своей сути – философ, поскольку не существует большой разницы между медицинской и мудростью лечения. Преподавание биомедицинской этики

для будущих врачей – важная составляющая учебного процесса, как его воспитательный и назидательный элемент.

Биомедицинская этика, ориентируясь на предвосхищение, обнаружение и осмысление дилемм в медицине, ставит приоритетной задачей сбережение жизни людей, актуальную чуткую рефлексию на проблемные этические вопросы в обществе или внутри профессионального сообщества, проявление своих моральных качеств для успешного преодоления таких проблем. «Залогом создания благоприятных условий для реализации идеалов и принципов биоэтики как принципиально новой этики, направленной на сохранение жизни на Земле и сбережение здоровья всех людей, должно стать морально-правовое воспитание, особенно научной молодежи».¹ Биоэтика, как научная дисциплина, постоянно расширяет свои исследовательские интересы и совершенствует новые методики. Поскольку в ее приоритете перспективные исследования, то и ставки должны делаться на воспитание будущего поколения научной молодежи. В качестве стратегии наиболее удачно сочетание двух подходов – междисциплинарности, как комплексного научного метода исследования проблемы, и интегративности – внедрение результатов междисциплинарного исследования в систему обучения.

В соответствии с учебным планом курс делится на вводную часть для ознакомления с общими понятиями биоэтики и биомедицинской этики, и прикладную часть биомедицинской этики. Общетеоретическая часть позволяет студентам лучше освоить научную систему современных знаний по основополагающим аспектам биоэтики и биомедицинской этике. Прикладная часть позволяет сформировать навыки использования ряда практических компетенций, регулирующих профессиональное поведение современного специалиста в межличностном общении врач – пациент, врач – врач, а также составить свое мнение о проблемах прикладного характера таких, как эвтаназия, аборт, трансплантация, экспериментальная медицина и пр.

Курс направлен на ознакомление с основными этическими проблемами и подходами в рамках личной и общественной морали, а также в области профессиональной этики.

Особенностью учебного курса является его комплексный характер, т.е. целостное рассмотрение вопросов профессионального общения при взаимодействии двух заинтересованных сторон в ре-

¹ Хрусталеv Ю. М. От этики до биоэтики: учебник для вузов. Ростов-на-Дону: Феникс, 2010. С. 142.

зультате общих усилий по преодолению проблем со здоровьем в процессе лечения, неоднозначность подходов и приемов системы здравоохранения и деонтологической специфики медицины, отношений прогресса в медицине и реакции на его результаты общества и т.д.

Курс стоит на междисциплинарном взаимодействии этики, медицины, религиоведения, культурологии, географии, истории, лингвистики, социологии, экономики, политики и т.д., которые позволяют понять студентам влияние тех или иных процессов, связанных с потребностями человека и общества, шкалы ценностей, значения поступков, этические принципы и нормы.

В качестве не менее важных задач можно обозначить следующие: развитие у студентов направленности на понимание особенности сопоставления этических категорий в биоэтике (страдание и сострадание, добро и зло, пр.), понимание основ формирования философских концепций в медицине и в системе здравоохранения, как государственного института, этических принципов и норм. Понимание важности применения биоэтических принципов достигается путем отработки ситуаций по кейсам и активной работы на семинарах (умение грамотно говорить, слушать, выступать с докладами и презентациями, спорить, убеждать). Представление о современном понимании биоэтических проблем и о способах их преодоления осуществляется в рамках семинарских занятий через демонстрацию визуальных приемов: токшоу, радиопередачи, презентации, кинематограф (документальные, художественные фильмы). Умение использовать дополнительный материал для создания необходимого настроя и донесения до слушателя необходимой информации с учетом специфики наглядности является еще одной задачей данного курса. Тема презентации или доклада может быть сформулирована и выбрана студентом самостоятельно и согласована с преподавателем. В ходе лекционных и семинарских занятий студентам предлагается выполнить ряд упражнений с использованием текста «Клятвы Гиппократова», «Нюрнбергского кодекса», «Модельного закона» и т.д. для ознакомления, анализа и составления своего взгляда на проблемы, представленные в них. Работа с текстом помогает развить у студентов необходимые умения и навыки, позволяющие использовать полученные знания в будущей профессиональной деятельности.

1.3. Место курса в профессиональной подготовке выпускника Специальный курс

1.4. Требования к уровню освоения дисциплины «Биоэтика»

В ходе обучения студенты 4 курса направления «Прикладная этика» Института Философии по своей программе получили все-сторонние знания о морали и нравственности в теоретическом и прикладном аспекте, поэтому на базе полученных знаний данный курс, совмещающий в себе гуманитарные и естественные направления, может вполне органично вплестаться в «научную картину мира» студента-этика. Отсутствие курсов по естественным дисциплинам (биологии, медицины и пр.) требует от студентов больших усилий для освоения этого курса.

Интенсивность самостоятельной работы студентов на семинарских занятиях, подкрепленных материалом из прослушанных лекций по курсу, является залогом правильного усвоения знаний по дисциплине. Предполагается стимулирование активного участия всех студентов группы в обсуждении биоэтических дилемм общего и частного порядка, выступление с докладами и презентациями, написание контрольных работ с целью проверки понимания пройденного материала и возможности дополнительного акцентирования внимания на сложном для усвоения материале.

Практическая часть – презентация может быть посвящена этическим проблемам клинической и экспериментальной медицины, особенностям проведения экспериментов с участием людей и животных, социальным и политическим аспектам, влияющим на формирование биоэтических кодексов в той или иной стране, владению навыками и практическими техниками при ознакомлении и составлении этических кодексов, свода этикетных норм и правил, отслеживании актуальной информации для этических консультаций в профессиональной сфере и т.д.

Активная коммуникация студентов крайне важна для формирования будущих специалистов, которые будут работать в биоэтических комитетах и комиссиях. В ходе изучения дисциплины учащиеся должны получить знание об общих принципах построения систем государственных институтов и основных принципах медицины, уметь проводить анализ изменения культурно-социальной среды под воздействием научно-технического прогресса и давать обоснование причин возникновения биоэтических проблем, применяя индуктивный и дедуктивный способ этического дискурса.

Следует поощрять и направлять деятельность студентов на самостоятельность в анализе и подготовке материала для презентации, поскольку он должен быть интересен для слушателей (группы), информативен и соответствовать выбранной тематике. Творческий

подход и стремление к исследовательской деятельности каждого студента должно поощряться преподавателем и способствовать вовлечению аудитории в обсуждение представленных выводов и умозаключений докладчика.

Для систематизации нового материала преподаватель предлагает студентам структуру курса и требования для успешной сдачи экзамена.

Устный экзамен включает вопросы по пройденному материалу в разделе – биоэтика.

Студент, завершивший изучение данной учебной дисциплины, должен

знать:

- принципы биоэтики и биомедицинской этики;
- место и роль биоэтики в жизнедеятельности специалиста;
- история возникновения биоэтики;
- модели взаимоотношения врача и пациента;
- биоэтические комитеты и комиссии;
- биоэтические международные декларативные документы.

уметь:

- выделять теоретические, прикладные, ценностные аспекты этического знания, применять их для обоснования практических решений, касающихся как повседневной жизни, так и профессиональной области;
- общаться, критиковать и урегулировать конфликты в соответствии с этическими нормами и принципами;
- формировать и обосновывать личную позицию по отношению к проблемам биоэтики;
- находить материал по проблемам, связанным с биоэтикой;
- формировать свой профессиональный имидж.

2. ОБЪЕМ ДИСЦИПЛИНЫ

2.1. Объем дисциплины для направления «Прикладная этика»

Всего аудиторных занятий	48 ч
Из них: лекций	24 ч
Практических занятий	24 ч
Самостоятельная работа	31 ч
Итого (трудоемкость дисциплины)	79 ч

3. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

3.1. Разделы курса

Раздел 1. Начало биоэтики.

Раздел 2. Междисциплинарность и интегративность биоэтики в современном мире.

Раздел 3. Ценность любой жизни как биоэтическая ценность.

Раздел 4. Культурно-религиозные аспекты биоэтики. Возможности взаимодействия.

Раздел 5. Ценностная сопоставимость биоэтики и общества.

Раздел 6. Ценность здоровья человека в биомедицинской этике.

Раздел 7. Этические комитеты и комиссии. Важность миссии.

Раздел 8. Ключевые проблемы биомедицинской этики.

3.2. Темы и их краткое содержание

Раздел 1. Начало биоэтики

Тема 1. Предмет и объект изучения этики

Введение в предмет логичнее всего начать с истории возникновения биоэтики и человека, который предложил новый взгляд на взаимодействие заинтересованных направлений в решении этических дилемм человечества. Термин биоэтика был предложен американским онкологом, микробиологом Ван Поттером в 1970 году, как «мост» между наукой и человечеством, ответственным за свое здоровье и за сохранение своей среды обитания. Это понятие не следует отождествлять с узкой зоной экологических вопросов, связанных с последствиями применения новых достижений в науке. Поттер первым описал свою точку зрения о роли человека в научном прогрессе в книге *«Биоэтика: мост в будущее»*, которую посвятил Альдо Леопольду, известному профессору Висконсинского университета. Леопольд, размышляя над этими фундаментальными проблемами, считал, что биоэтика необходима для человечества, он ее называл ее «этика земли». Поттер развил эту идею, утверждая, что прогресс человечества в науке и технике может привести к тяжелым последствиям, которые нанесут урон экосистеме Земли, всей ее биосистеме и человеку в том числе, при этом просчитать все сценарии развития событий в будущем весьма затруднительно из-за его непредсказуемости. Его взгляды на биоэтику как философию жизни, дополнительно были освещены в его второй книге *«Глобальная Биоэтика»*. Он пытался интегрировать религиозно-философские

воззрения в прагматику научного представления о мире, чтобы сформировать новый научный взгляд на человека и его природу, отличный от устоявшихся, традиционных. В университете Висконсина он собрал вокруг себя круг исследователей-энтузиастов, который состоял из студентов и практикующих врачей-преподавателей. Его стараниями был создан стипендиальный фонд для студентов, которые готовы поддержать его идею и развить ее в новое научное направление. Статья «Назначение и функции вуза» в соавторстве с Комитетом по междисциплинарным исследованиям университета штата Висконсин, председателем которого был Ван Поттер, раскрывает его взгляд на будущее человечества и огромную ответственность научного сообщества за его благополучие, особенно в передаче знаний и ценностей биоэтики студентам.

Поттер посвятил свою жизнь делу воспитания научной молодежи в контексте понимания ответственности за свои поступки и за все живое, что подкреплялось основными его биоэтическими идеями, доказывать правоту дела не только словом, но и делом. В нашем плюралистическом и неоднозначном мире суждений огромные средства тратятся на пустые воззвания о необходимости поддерживать нашу среду обитания в пригодном состоянии, но при этом, отсутствие системы подводит человечество к глобальному экологическому кризису, который мог бы разразился, если не существовало сдерживающего фактора – «биоэтической» философии Поттера. Он боролся за гуманное обращение со всем живым, чтобы иметь возможность жить в устойчивом, эстетическом мире, где человек может жить счастливой и насыщенной жизнью.

Было бы полезно дать текст книги «*Биоэтика: мост в будущее*», Введение, Глава 1 и 2 на обсуждение студентам на семинарском занятии.

В рамках лекционного занятия необходимо дать студентам полную информацию по нескольким вопросам:

- Что такое биоэтика?
- Ее современное состояние и актуальность.

Биоэтика – относительно новая наука, сформировавшаяся только в конце 1960-х годов, хотя многие вопросы, которые она решает, так же стары, как и сама медицина. Когда Гиппократ писал свое известное изречение «*primum non nocere*» (Не навреди), он делал акцент на роль и обязанность врача по отношению к пациенту. В конце XX века академическая медицина начала обращать внимание не только на эти узкопрофессиональные проблемы внутри себя, но

также и на этические дилеммы, возникающие в ее лоне, порожденные стремительным прогрессом в области технологий и науки.

Тема 2. Задачи биоэтики и биомедицинской этики

Биомедицинская этика, как наука о жизни, ставит перед собой трехстороннюю задачу: 1. Обсуждение важных вопросов общей медицинской практики и принципов организации системы здравоохранения в России и в других экономически развитых странах. 2. Борьба с последствиями новых биомедицинских технологий, внедряемых в медицинскую практику, т.е. с появлениями биоэтических дилемм. 3. Активизация усилий международных медицинских организаций в области международного общественного здравоохранения и оказания медицинской помощи в экономически слаборазвитых районах земного шара. Особое внимание уделяется этическим дилеммам в области генетики, исследования стволовых клеток и нанотехнологий.

В основе биомедицинской этики лежат вопросы о медицинском профессионализме, например: каковы обязанности врачей по отношению к своим пациентам? Каковы ценностные ориентиры «хорошего врача»? Биомедицинская этика исследует важнейшие вопросы клинической и исследовательской медицины, необходимость информированного согласия и конфиденциальности, свободу смерти, конфликт интересов, эвтаназию, судебные решения, нормативность и доступность медицинского обслуживания, пассивную эвтаназию и т.д.

Вторая миссия биомедицинской этики заключается в этической рефлексии, которая требует идти в ногу в ногу с научно-медицинским прогрессом. Каждая новая технология или медицинский прорыв ставит общественность перед дилеммой выбора, обостряя этический конфликт между медициной и обществом, поскольку оно не знает, на что ориентироваться. XXI век, очевидно, будет «веком биологии», где научный прагматизм будет стремиться преодолеть этические нормы. В ответ на эти стремительные успехи в области науки и техники, расширяется и область биоэтики и биомедицинской этики, которая включает этические вопросы, поднимаемые проектом Генома Человека, исследованиями стволовых клеток, репродуктивных технологий, генной инженерии растений и животных, синтеза новых форм жизни, возможности успешного клонирования, преимплантационной генетической диагностики, нанотехнологий и ксенотрансплантации.

Биомедицинская этика охватывает круг проблем, вызванных отсутствием или недостаточностью медико-санитарной помощи для малых народов и экономически слаборазвитых стран. Моральные нормы биоэтики должны регулировать проведение исследователей, чтобы не было злоупотреблений бедственной ситуацией этих людей, но при этом велись поиски щадящими методами новых методов лечения или профилактических вакцин против малярии, ВИЧ или лихорадки Эбола. Каждый исследователь должен задать себе вопрос: «В какой степени манипуляции или даже принуждения оправданы в достижении научных целей? Что приоритетней, уменьшение рисков при оказании медицинской помощи детям или осуществление государственной безопасности? Подобные рассуждения порождают этическую рефлексию со стороны медицинских работников, поскольку они стремятся улучшить в целом показатели здоровья населения, и как исследователи пытаются найти лечение от смертельных болезней, которые достигли масштабов эпидемии в некоторых частях мира.

Биоэтическая проблематика в последнее время учитывается и включается в исследования ученых из разных дисциплин, таких, как философия, религия, медицина, право, социальные науки, государственная политика и литературоведение.

Тема 3. История биоэтики

Биоэтика как отдельная область научного знания существует лишь с начала 1960-х годов, и ее история тесно связана с научными и культурными событиями США в течение прошлого десятилетия. Катализаторами для создания этой междисциплинарной области знаний явились научный прорыв в американской медицине в сочетании с радикальными культурными изменениями. Трансплантация органов, гемодиализ, аппараты искусственного дыхания и блок интенсивной терапии (БИТ) стали доступны для медицинского обслуживания пациентов, но, несмотря на такую возможность использования, эти достижения привнесли с собой сложные этические дилеммы, не существовавшие никогда ранее. Появление противозачаточной таблетки и безопасные методы выполнения абортот добавили еще этических проблем, связанных с появлением «новой медицины». В то же время, культурные изменения коснулись проблем индивидуальной автономии и права, подготавливая почву для большего общественного участия и контроля за медицинской помощью и лечением. Публичные дебаты об абортах, контрацепции, свободе и правах пациентов стали темами научных и общественных

дискуссий. Ученые стали рассматривать эти злободневные вопросы в русле «Прикладной этики», разделяя их на философские и теологические. «Биоэтика» и «биомедицинская этика» переместились в область пристального внимания ученых разных направлений.

В период становления биоэтики анализом биоэтических вопросов занималась небольшая группа ученых с философских факультетов и факультетов религии. Эти ученые писали о проблемах, порожденных новой медициной и технологиями того времени, но эти вопросы не были частью дискурса научного сообщества, поскольку его интересы были замкнуты только на академическую сферу или предметную область. Однако, несмотря на это, эти ученые сумели заставить научное сообщество признать биоэтические вопросы, как вопросы, заслуживающие тщательного научного исследования. При всем этом биоэтика смогла занять свое место в академической среде, только после этого академические и научные институты занялись изучением биоэтических вопросов. Академическая биоэтика получила свой официальный статус с созданием первого «биоэтического центра».

К сожалению, академическая биоэтика возникла в учреждении, которое не являлось частью традиционной академической школы. Первый биоэтический центр игнорировался академической школой, поскольку ей не нравилось вмешательство извне в свои исследования. Первоначально центр был назван «Институтом общества, этики и наук о жизни», после он был переименован в «Хейстингский центр» (сентябрь 1970г.). Ее основателем стал Даниэль Каллахан совместно с психиатром Уиллардом Гейлином. Созданный этими врачами центр при междисциплинарном институте занимался серьезными исследованиями биоэтических вопросов. Каллахан работал над проблемами прикладной этики в медицине, и как врач, он уделял больше внимание медицинским аспектам, удаляясь от традиционных границ философии. Его тема исследования – аборт, потребовала его обращения к юриспруденции, поскольку в этике не было механизмов реального противодействия злоупотреблениям и соблюдению биоэтических норм и принцип в медицине. Междисциплинарность, в отличие от современного понимания этого явления, в тот период трактовалась иначе. В рамках академической школы это означало, что каждая из научных областей, дисциплин занимается отдельно и обособленно одной и той же проблемой без прямого пересечения. «Хейстингский центр» же был основан, чтобы создать интеллектуальное пространство для изучения этих важных вопросов с разных точек зрения в разных научных областях.

В 1971 г. в Джорджтаунском университете был открыт Институт этики им. Кеннеди, который занимался проблемами биоэтики и который укрепил позиции этой науки. Его учредители имели схожие цели с предшественниками, однако они сконцентрировались на введении биоэтики в рамки академической школы. Специальный факультет уже был основан по университетской модели, а предмет «Биоэтика» вошел в образовательные программы университета.

По примеру этих скромных начинаний десятки университетов в США создают на своей базе кафедры, которые приступают к изучению биоэтических проблем. Рост интереса был вызван появлением новых технологий, таких как искусственное сердце и искусственное оплодотворение, а также новых проблем, таких как ВИЧ. Биоэтика стала постоянной академической дисциплиной и центром общественного дискурса.

Институционализация биоэтики

Как только биоэтика была официально признана, произошел взлет ее популярности, поэтому с 1970-х годов биоэтические центры становятся академическими кафедрами. Изначально организованные как структурно-независимые коллективы ученых, биоэтические центры в конце XX – начале XXI века находились при медицинских ВУЗ-ах или университетах искусств и наук, неотличимые по структуре от любых других кафедр в этих учебных заведениях. Биоэтика заняла прочно свое место в академической школе, получив в свое распоряжение штатных преподавателей, образовательные программы, профессиональные конференции и научные журналы.

Начиная с 1980-х годов, медицинские ВУЗы начали трактовать биоэтику как биомедицинскую этику. Войдя в систему образования, биомедицинская этика начинает преподаваться студентам медицинских ВУЗов. Тогда как первоначально биоэтические центры имели направленность на осуществление научных исследований, теперь кафедры биоэтики, имея педагогическую нагрузку, должны были осуществлять учебный процесс. Кафедры биоэтики разных учебных заведений предлагали стандартные программы по бакалавриату, магистратуре, специалитету, аспирантуре, а для студентов медицинских учреждений – по профессиональной подготовке по вопросам этики и/или ординатуре. К началу XXI века насчитывалось более шестидесяти магистерских программ по биоэтике в Соединенных Штатах по разнообразным направлениям: юриспруденция, медицина, политология и т.д., поскольку их деятельность требовала специальной подготовки в области биоэтики.

Другой причиной признания биоэтики стал интерес СМИ к ее исследованиям. Научные журналы начинают печатать статьи о проблемах, связанных со сферой изучения биоэтики и особенно биомедицинской этики в медицине. Спрос рождает предложение, интерес к новой проблематике потребовал появления новых научных изданий, где могли бы публиковаться актуальные научные труды по подобной тематике. В результате появились специальные журналы, тематика которых была нацелена исключительно на работы в области биоэтики, такие как «Отчет центра Гастингса», «Журнал по этике института Кеннеди», «Американский журнал по Биоэтике» и «Биоэтика». Благодаря этому процессу, увеличилось количество медицинских журналов, где печатались статьи по биомедицинской этике. В настоящее время труды по биоэтике и биомедицинской этике регулярно публикуются в узкопрофессиональных журналах, например: «Журнал американской медицинской ассоциации», «Журнал о медицине, науке и природе Новой Англии».

Для освещения биоэтических проблем, из всех средств массовой коммуникации, Интернет наиболее эффективно используется специалистами и населением. Все основные биоэтические институты, центры и отделы (в некоторых журналах) имеют хорошо продуманные веб-сайты, где не только размещена информация о конкретном учреждении, факультете и программах высшего образования, но также и дискуссии об актуальных биоэтических проблемах, чтобы обозначить общественный резонанс и дать разъяснения на счет каждой возникающей проблемы. Эти веб-сайты предлагают основную информацию для лиц, интересующихся этими проблемами. Одним из наиболее популярных веб-сайтов является электронная версия журнала «Американский журнал по Биоэтике» (www.bioethics.net). Этот веб-сайт не только предлагает актуальные прикладные научные работы, но также включает в себя бакалаврские и магистерские проекты по биоэтике, информацию по трудоустройству, подборку статей по биоэтике, опубликованных прессой и пополняемых ежедневно, с прямыми ссылками на оригинал новостной статьи, а также есть раздел «Биоэтика для начинающих».

Раздел 2. Междисциплинарность и интегративность биоэтики в современном мире

Тема 1. Междисциплинарность биоэтики

Данный раздел очень важен, поскольку он расширяет кругозор студентов и способствует правильной ориентации в разноплановых

научных направлениях. Студенты получают навык работы с представителями разных направлений гуманитарных, естественных и точных наук и учатся выгодно взаимодействовать с ними. Важность слаженной работы разных специалистов для современной академической науки должна быть донесена до студентов преподавателями. Навыки командной работы очень важны, чтобы добиться максимального успеха в исследованиях.

Во-первых, междисциплинарность – это активный процесс, который не только возникает в силу близости дисциплин, скорее потому, что ученые из разных дисциплин, могут работать вместе, участвовать в едином учебном процессе, писать совместные работы, состоять в одном и том же комитете, выступать на конференциях и т. д. Такая кооперация ученых может называться междисциплинарной. Во-вторых, не существует универсального или общего метода междисциплинарности (Томпсон Кляйн).

Установлено, что возможность интегрировать различные методы и теории друг в друга зависит от существующих релевантных методов и теорий. Метод будет, конечно, меняться в зависимости от конкретной проблемы исследования или от всего исследования в целом. Это особенно хорошо прослеживается в исследованиях Л.Р.Латука, которая опросила тридцать восемь ученых, проводивших междисциплинарные исследования, и выяснила, что определение междисциплинарности во многом зависит от проблемы исследования и академического образования лиц, проводящих исследования. Как она отмечает, интервьюируемые, занятые во всех видах междисциплинарного исследования, вынуждены были согласовывать свои действия, несмотря на разные научные направления, узкопрофессиональные гипотезы и методы.

Все действия ученых, осуществляющих междисциплинарное исследование, должны быть направлены на развитие своего собственного уникального междисциплинарного метода. Рекомендации по разработке таких методов по Томпсону Кляйну включают в себя постановку следующих вопросов: 1. Что нужно, чтобы решить проблему? 2. Каковы роли исследователей? 3. Собраны ли все необходимые данные? 4. Есть ли стремление к коммуникации и сотрудничеству? Методы также включают в себя совместные заседания, обучения, сбор и анализ данных. Наконец, они подчеркивают важность формирования навыков общения, доверия и взаимодействия между исследователями. Несмотря на то, что предложенная методика Томпсона Кляйна имеет определенные недостатки, она позволяет биоэтике решить для себя поставленные задачи, чтобы осуществить

процесс интеграции для междисциплинарного биоэтического исследования.

Междисциплинарное исследование сталкивается с рядом проблем. В частности, оно подверглось критике на предмет теоретического обоснования из-за недостатка ригоризма. (см. Томпсон Кляйн, 1990, стр. 194; Солтер и Хирн, 1996, стр. 3; Lattuca, 2001, стр. 60). Действительно, если каждый метод междисциплинарного исследования является уникальным, то так тоже будет с его стандартным ригоризмом. Междисциплинарность также сталкивается с рядом практических проблем. В частности, общение через дисциплинарные границы может быть затруднено из-за недостаточных знаний в смежных дисциплинах или из-за использования узкопрофессиональной терминологии других дисциплин и расхождения в трактовке понятий. Наглядным примером является подход к определению «конфиденциальности» с точки зрения философов и социологов: «в то время как социолог назвал бы что-то секретным, потому что это тайна, философ бы сказал, что это – секрет, по причине конфиденциальности» (Де Вахтер, 1982 г.). Томпсон Кляйн считает, что междисциплинарная деятельность испытывает постоянную критику со стороны сторонников иного подхода к решению этих проблем. Это видно из приведенного выше примера, поскольку социолог быстрее увидит реалии внешнего мира как компоненты, а философ видит в них объективную реальность. Эти факторы важно учитывать при разработке любого метода междисциплинарности.

Латука делает упор на одном немаловажном моменте, она утверждает, что не все дисциплинарные проблемы или вопросы поддаются междисциплинарному исследованию. Взяв за основу результаты опроса ученых разных специализаций, она отмечает, что большинство представителей естественных наук, в том числе физиков и социологов придерживаются позитивистского подхода к научному знанию, который характеризуется, с их точки зрения, как объективный, ценностно-нейтральный, рационалистический, внеисторический, обобщенный и итоговый. Другие социологи, работающие в области гуманитарных наук, придерживаются постструктуралистской теории, которая характеризуется как субъективная, относительная, плюралистическая и нередуктивная. Это подтверждает, что позитивисты более способны пересекать дисциплинарные границы в стремлении к лучшему пониманию мира, в то время как постструктуралисты видят маловероятным поиск решения проблем в методах и теориях других дисциплин. Эти выводы подтверждают

публикации и монографии многих авторов за последние 25 лет таких, как Абоелела и других ученых.

Проблемы, с которыми сталкиваются междисциплинарные исследования теоретические и практические, представлены в работах Томпсона Кляйна, 1990; Солтера и Хирна, 1996; Латука, 2001; Штобера, 2011. Однако эти проблемы не могут заставить отказаться от исследований в области междисциплинарности, скорее, они служат предупреждением для тех, кто стремится развивать междисциплинарный метод исследования биоэтики. Тем не менее, надо учитывать тот факт, что междисциплинарные модели неизбежно будут отличаться в зависимости от исследования, которое может оказаться трудно-сравнимое с другими только сформировавшимися областями, чтобы развивать междисциплинарность биоэтики.

Учредителями области биоэтики и ее первые исследователями были богословы и философы. Первые работы в области биоэтики были сфокусированы на нормативном анализе биоэтических проблем, с аргументами за или против моральной допустимости той или иной конкретной технологии, практики или концепции, при этом они отражали лишь научные допущения в своей дисциплине. Начиная с 1970-х годов, к философам и теологам присоединились врачи и юристы, которые тоже сделали объектом внимания биоэтику. К середине 1990-х годов биоэтика стала предметом интереса ученых социологов и профессиональных врачей-клиницистов, врачей и медсестер, которые раньше не рассматривали ее, как значимую дисциплину. С присоединением новых групп ученых биоэтика стала меняться, став центром их исследования. Под влиянием этих изменений биоэтика начала осуществлять не только нормативный анализ, но и также эмпирическое изучение биоэтических вопросов, которое Артур Каплан назвал «эмпирическая биоэтика».

Эмпирическая биоэтика ставит перед собой две задачи: первая, она стремится собрать эмпирические данные, необходимые, чтобы выявить биоэтические проблемы, вторая, она пытается интегрироваться в другие дисциплины целью изучения масштаба проблемы. Данные, полученные при выполнении первой задачи, формируются в равной степени на основании научной социологической методике по качественным или количественным характеристикам, чтобы биоэтические аргументы стали убедительными. Такие эмпирические исследования могут исследовать, например, максимальное включение в медицинский анализ информации, терпение и опыт в оказании медицинской помощи, дееспособность детей или некомпетентность

взрослых в решении вопроса о согласии на участие в исследовании или частота возникновения определенных этических дилемм.

Данные, полученные при выполнении второй задачи, формируются благодаря самостоятельному развитию научного пространства биоэтики, базирующегося на независимом мнении, методиках и стратегиях, и функционирует на независимом анализе общественной и научной жизни. Этот очень значимый современный метод, использующий подобную стратегию, называется описательная биоэтика или «деконструктивная биоэтика». Используя результаты анализа литературной критики, специалисты по биоэтике исследуют пространство дискурса, чтобы обнаружить его отклонения, допущения и предположения, заставляя это пространство саморефлектировать, обнажая его мотивы и цели. Аналогично, это пространство отражает биоэтические проблемы защиты прав женщин и инвалидов, сосредотачиваясь на вопросах допустимости и недопустимости общественного отношения к ним и совпадения общественного мнения с мнением биоэтиков. В целом, эмпирические методы биоэтики были настолько авторитетны, что к началу XXI века все биоэтики центров и отделов из социальных наук или клинической медицины пришли к единому соглашению по этим вопросам, поскольку эмпириков было большинство от общего состава биоэтиков.

Одна из последних методик, которая используется на медико-гуманитарных факультетах – литературный анализ, где литературные тексты используются в качестве обучающих средств для разбора биоэтических проблем и отработки стратегий их преодоления в дальнейшей медицинской практике. Гуманитарии в медицине используют, как прием «болезненные нарративы» от первого лица или от мемуары/автобиографии врачей, а также известные художественные произведения, чтобы учить будущих медицинских работников на конкретных примерах.

Тема 2. Интегративность биоэтики как учебной дисциплины

Интегративность (integration – внедрение, влияние, взаимодействие) в современных педагогических разработках является одной из важных составляющих учебного процесса, как совершенствующий его элемент. Междисциплинарность выступает прикладным аспектом интеграции в образовательном процессе высшей школы. Междисциплинарная интеграция позволяет создавать методы междисциплинарного обучения во всех циклах дисциплин. Ставка делается на познавательную самостоятельность обучающихся. В про-

цессе применения таких методов происходит установление ассоциаций между условиями и требованиями междисциплинарной задачи и ранее изученным учебным материалом. Интегративная основа строится на синтезе дисциплин, направленных на достижение единой исследовательской цели.

Границы между учебными дисциплинами постоянно меняются. Это не только серьезный вызов классическим и устоявшимся дисциплинам, сколько неизбежный отзыв на изменчивость научной картины мира под воздействием научного прогресса и подстройки всех дисциплин под него. Во второй половине XX века, ученые начали задаваться вопросом, в какой мере мы можем познать мир через понимание его частей. С 1970-х годов, научно-исследовательские институты уделяли больше внимание академическим исследованиям, которые позволяли пересекать дисциплинарные границы.² Результатом этого процесса стало расширение спектра доступных методов и теорий для изучения, а также направления усилий на сравнение и интегрирование результатов исследований различных дисциплин.

В. Поттер в своей монографии не выделяет «интегративность» отдельным пунктом в перечислении приоритетных направлений. Это понятие появилось в системе образования позже. Но при этом, он пишет о необходимости применения возможностей междисциплинарного исследования, как воспитательной функции в обучении студентов высшей школы.

Обладая качествами междисциплинарной интеграции, биоэтика всецело направлена на ориентацию студентов на современные и важные проблемы. Биоэтика, рассматривая макро и микроэтические проблемы, всегда нацелена на будущее и имеет широкий потенциал для изучения дилемм благодаря синтезу смежных дисциплин. Бережный подход ко всему живому в исследовательской практике студентов должен стать важным фактором интегративности в системе образования. «Становлению биоэтики как академической дисциплины и социального института предшествовали аксиологические и этические повороты, формирующиеся в лоне современной науки, междисциплинарных исследований, моральных проблем биомедицины, связанные с необходимостью защиты достоинства и

² *Lattuca L. R. Creating Interdisciplinarity // Interdisciplinary Research and Teaching among College and University Faculty. Nashville: Vanderbilt University Press, 2001. P. 43; URL: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3413904/#R32.*

прав пациента»³. Провозглашенные в XX в. идеи гуманизма вынудили научное сообщество рассмотреть личность исследователя как гуманиста и требовать от него соблюдения этических норм, которые были выработаны на основе этико-правовых документов (Нюрнбергского кодекса, Хельсинской декларации и т.д.). Швейцеровское высказывание «благоговение перед всем живым» стало основным постулатом при принятии сложных дилемм: что важнее научные достижения и результаты или сохранение жизни в неприкосновенности? Поттер отмечает важность поддержки стремления студентов руководствоваться гуманистическими принципами при работе с лабораторными животными и биологическим материалом. Он пишет, что « в 1962 году «Комитет междисциплинарных исследований человека и его будущего» стал уже официальным факультетским комитетом Висконсинского университета»⁴, в рамках которого проводятся встречи научных деятелей и студентов, которые обсуждают биоэтические проблемы для создания правильного понимания назначения науки и научного прогресса. «Сегодня Национальный научный фонд оказывает спонсорскую поддержку междисциплинарным программам, благодаря которым тысячи студентов колледжей очень быстро осознали, что на карту поставлено будущее человечества»⁵.

По результатам таких исследований много написано разноплановых работ. Однако при попытке их сведения воедино возникают проблемы.

Во-первых, существует широкий спектр взглядов на междисциплинарные исследования. Латука выделила одиннадцать различных типов по терминологии в рамках дисциплинарных границ.

Во-вторых, были выявлены значительные разногласия в отношении того, что каждый из этих терминов означает. Анализ данных работ позволяет выделить четырнадцать различных определений только термина «междисциплинарности». (Абоелела, 2007).

В этом нет ничего удивительного. Любое междисциплинарное исследование по-необходимости допускает различие, иными словами, оно может устанавливать междисциплинарные границы в большей или меньшей степени (см. рис. 1). Оба мульти- и междисципли-

³ Яскевич Я. С., Юдин Б. Г., Денисов С. Д. и др. Биоэтика. Междисциплинарные стратегии и приоритеты: Учеб.-метод. Пособие / ред. Я. С. Яскевич. Минск: БГЭУ, 2007. С. 17.

⁴ Поттер В. Р. Биоэтика: мост в будущее // URL: biospace.nw.ru/evoeco/lit/ptt_prdsl.htm.

⁵ Там же.

линарности следует рассматривать скорее как действительные области значений.⁶ Они не существуют в виде отдельных областей знаний, т.е. они одновременно принадлежат одной области исследования. То есть, в какой степени дисциплинарные границы расширяются, двигаясь от мульти к трансдисциплинарности. Это позволяет понять, где современная биоэтика находится, и куда она начнет двигаться в будущем.

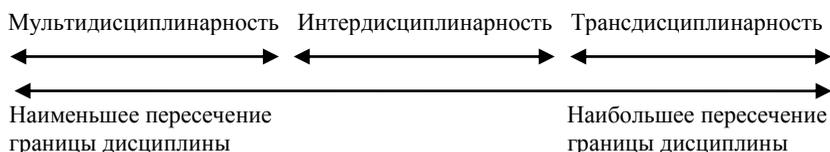


Рис. 1. Спектр междисциплинарности

Несмотря на то, что существует много определений междисциплинарности, смысл их можно свести к одному – это взаимодействие нескольких дисциплин с помощью интеграции или комбинации. Однако универсальное определение междисциплинарного исследования дать весьма проблематично. Чтобы убедиться в этом, стоит обратить внимание на методологическое разнообразие исследований в области биоэтики. Если биоэтика существует как автономная область знания в рамках других дисциплин, то литература, посвященная проблемам биоэтики, будет иметь междисциплинарный характер.

Следовательно, проблемы, которые возникают при рассмотрении биоэтики как области знаний такие же, как те, с которыми сталкивается любая междисциплинарная деятельность, т.е. здесь присутствует не только ограниченность перспективы исследования в рамках какой-либо конкретной дисциплины, но и отсутствие возможности сравнить результаты научных исследований между различными дисциплинами.

Биоэтическое исследование можно считать междисциплинарным, если его различные методы будут сопоставимы в пределах каждого научного направления. У него может отсутствовать функция сравнения, но при этом остается возможность оценивать результаты избранных дисциплинарных перспектив. Очевидно, чтобы преодолеть эти трудности, необходимо разрабатывать новые методики для междисциплинарных исследований.

⁶ *Lattuca L. R. Creating Interdisciplinarity. P. 248–249.*

Раздел 3. Ценность любой жизни как биоэтическая ценность

Антропоцентрическая концепция дала оправдание человеку выделить себя из БИОСа и провозгласить «венцом творения», основываясь на религиозных представлениях. Согласно этой концепции человек отличается от всего БИОСа наличием «бессмертной души». «Поскольку животные лишены такой души, то реакции их на боль можно рассматривать как простые рефлекторные действия, не сопровождающиеся страданиями. Моральные ограничения по отношению к животным, основанные на сострадании к чувствующим боль и страдающим созданиям, были сняты. Получив нравственное обоснование, болезненные эксперименты на животных, такие как вскрытие живых животных без наркоза и манипуляции с их органами, проводившиеся и ранее и получившие название «вживисекция», более двух веков считались нормой в биомедицинских исследованиях». ⁷ Вживисекция, как негуманный подход в экспериментальной медицине, вызывал отрицательное отношение со стороны передовой части мирового сообщества. В конце XIX в. понимание необходимости внесения изменений в процесс экспериментов с животными заставило многих общественных деятелей Англии, Германии, Франции, США объединиться в общества антивживисекционистов. Наиболее известными в этом движении были Френсис Кобб и Чарльз Дарвин. Многие активисты этого движения ратовали за полный запрет вживисекции. Однако Дарвин хоть и считал, что человек и животные имеют общее происхождение, поэтому способны страдать подобно человеку, но при этом понимал всю противоречивость полного запрета. Это поставило бы науку в условие полной стагнации. Он полагал, что «нужно защищать животных, не нанося при этом вред науке». ⁸ В результате в Англии билль о полном запрете вживисекции не был подписан. В XX в. итогом этого движения стала работа Международной ассоциации против болезненных экспериментов на животных (1975).

⁷ Лукьянов А. С., Лукьянова Л. Л. Биоэтика. Альтернативы экспериментам на животных. М: Изд-во МГУ, 1996; URL: www.vita.org.ru/exper/education/lukjanov-bioethics.htm.

⁸ Берегой Н. Е. Чарльз Дарвин, вживисекция и история викторианской науки // Историко-биологические исследования. 2009. № 1 // URL: cyberleninka.ru/article/n/charlz-darvin-vivisektsiya-i-istoriya-viktorskoy-nauki.

Механистическая философия и инженерная модель (Витч⁹) взаимоотношений между врачом и пациентом позволили взглянуть на любое воплощение БИОСа и человека тоже, как на механическую игрушку в руках исследователя, когда все части тела подобны деталям. Немецкий философ Эрнест Капп уподоблял части человеческого тела орудиям труда. Основываясь на понимании полезности, он соотносил духовные творения с функционированием отдельных органов как механизмов. Петр Энгельмейер описал «механистическую картину мира», где техника имеет вид биологического феномена с антропологическими чертами. Он попытался подойти к осмыслению феномена «техника» с междисциплинарной точки зрения, совместив инженерные и точные науки с гуманитарными, например, техника как искусство. Для медицины инженерная модель взаимоотношений врача и пациента была самой ранней. Она вышла из Средневековья, когда лечение было сродни с исследованием. Отсутствие знаний функционирования человеческого организма, его систем, анатомического строя заставляло врача экспериментально создавать модели и воспринимать человека схематично. Увлечение механикой позволяло представить тело как некий механизм, где все детали можно удалить или поменять. Подмена живой материи неживой оправдывала бездушное отношение врача-исследователя к «сломанному объекту». Рациональное мышление (по Декарту) становится в этот период важным элементом в подходе к заботе о человеке. Биос же не принимался в расчет исследователями, поскольку не чувствует страдания от боли из-за отсутствия души, дающей способность рационально мыслить.

В начале XX века величайшим гуманистом Альбертом Швейцером (1875–1965) обосновывается новая универсальная этика – этика «благоговения перед жизнью». Для него все формы жизни имеют моральный статус, а инстинкт самосохранения и стремление жить заслуживает уважения. Он сформулировал понимание этики, как «безгранично расширенная ответственность по отношению ко всему живому». «Те люди, которые проводят эксперименты над животными, связанные с разработкой новых операций или с применением новых медикаментов, те, которые прививают животным болезни, чтобы использовать затем полученные результаты для лечения людей, никогда не должны вообще успокаивать себя тем, что их жестокие действия преследуют благородные цели. В каждом от-

⁹ *Иванюшкин А.Я., Курило Л.Ф.* Биоэтика. Вопросы и ответы. М: Изд-во «Пресс-традиция», 2005. С. 8.

дельном случае они должны взвесить, существует ли в действительности необходимость приносить это животное в жертву человечеству. Они должны быть постоянно обеспокоены тем, чтобы ослабить боль, насколько это возможно. Как часто еще кощунствуют в научно-исследовательских институтах, не применяя наркоза, чтобы избавиться себя от лишних хлопот и сэкономить время! Как много делаем мы еще зла, когда подвергаем животных ужасным мукам, чтобы продемонстрировать студентам и без того хорошо известные явления! Именно благодаря тому, что животное, используемое в качестве подопытного, в своей боли стало ценным для страдающего человека, между ним и человеком установилось новое, единственное в своем роде отношение солидарности. Отсюда вытекает для каждого из нас необходимость делать по отношению к любой твари любое возможное добро».⁹ Это этическое направление становится особенно актуальным в силу осмысления последствий работы нацистских врачей в период Второй мировой войны. Нюрнбергский процесс показал всему миру, что бывает, если врач провозгласит себя демиургом, вершителем человеческих судеб, и когда его власть становится неограниченной, а стремление к прогрессу необузданной. В этом случае пациент становится для него лишь средством для достижения цели, любопытством исследователя. Разработанный в 1947 г. Нюрнбергский кодекс стал этическим нормативом для всех исследователей в мире. Он четко определял ту грань, где ученый-исследователь становился нарушителем этических норм, принятый в человеческом сообществе. Гуманность в опытах стала важным приоритетом данного кодекса. Важнейший принцип врачебной деятельности «Не навреди», сформулированный в античные времена и закрепленный в клятве Гиппократова, приобрел наибольшую значимость в условиях современной действительности.

До 1945 г. вопрос об этичности медицинских экспериментов на людях не был так обсуждаем и осуждаем. Апогеем исследовательской стороны медицинской практики стали обнародованные факты чудовищных экспериментов нацистских врачей и то количество жертв, которое они повлекли. Впервые об этом заговорили открыто на Нюрнбергском процессе, где судили нацистских преступников. Несмотря на то, что в процессе участвовало всего два американских врача. Израильская биоэтик Розамонд Родес из Синайской школы медицины пишет в своей статье «Пересмотр этических учений», что

⁹ Швейцер А. Культура и этика. М.: Прогресс, 1973; URL: psylib.org.ua/books/shvei01.

в США были выработаны стратегии по защите лиц, именуемых «уязвимыми» «вместо того, чтобы постараться обозначить обособленные условия для ведения исследований с участием человека», поскольку нельзя останавливаться только некоторых проблемах защиты прав испытуемых. «С конца Второй Мировой войны, когда ученые, врачи и народ обратили свое внимание на этические проблемы, поднятые биоэтическими исследованиями, защита человека встала на первое место и информированное согласие было призвано стать балансом для урегулирования этих проблем»¹⁰. Размышляя над особой миссией информированного согласия, израильская исследовательница приходит к мнению, что оно не стало тем непреодолимым барьером для преодоления неэтичного поведения многих мировых ведущих ученых медиков относительно их пациентов, которые не принадлежали к группе «уязвимых». И это происходило, несмотря на этическое понимание в исследовательских стандартах со стороны государства. Хрестоматийно принято считать уязвимость с одной стороны, как моральное отчуждение, которое может быть преодолено, а с другой к ней относятся отдельные человеческие группы (дети, заключенные, инвалиды и т.д.). «В этом смысле данный принцип становится основой особой заботы, ответственности, *эмпатии* по отношению к другому, более слабому и зависимому. Для своей реализации он требует соблюдения еще одного принципа биоэтики – *принципа справедливости*»¹¹. В США четко обозначены те, кто принадлежит к этой группе. «Согласно... данным из Экспертного совета медицинского учреждения в группы «уязвимых» входят: психически больные люди, люди, страдающие душевными заболеваниями, беременные женщины, человеческий плод, зародыши, оставшиеся после проведения ЭКО и пр., дети, заключенные, старики, люди, требующие постоянной медицинской помощи, люди в сфере образования и неимущие. Таких людей много»¹². При этом можно согласиться с мнением Родес, что многие люди, не из числа «уязвимых», не состояниии понять и оценить информацию о предполагаемом исследовании, поскольку пациент обращается за помощью, находясь в ущемленном физически и духовно состоянии. Врач же в свою очередь всегда будет выступать как

¹⁰ Rosamond R. Rethinking Research Ethics // The American Journal of Bioethics. № 10. Sinai, 2010. P. 19.

¹¹ Биоэтика: междисциплинарные стратегии и приоритеты: Уч. пособ. / ред. Я. С. Яскевич. Минск: БГЭУ, 2007. С. 39.

¹² Rosamond R. Rethinking Research Ethics. P. 21.

экспериментатор, поскольку сказать наверняка поможет больному то или иное лечение или лекарство он не может.

Более того, уже после осуждения отвратительных практик нацистских врачей научный мир продолжил их дело. Израильский биоэтик раскрыла лишь несколько эпизодов игнорирования правила информированного согласия таких, как: «скандал 1963 г., когда раскрылось проведение незаконных опытов над пожилыми людьми (без их согласия), которые были больны раком в Еврейской клинике хронических заболеваний... раскрытие сомнительной деятельности американского врача Генри Бичера в 1966 г., разоблачение в 1971 г. незаконных исследований сифилиса в Тискеджи, события 1975 г., когда армия США призналась в проведении опытов с галлюциногенными наркотиками над ничего неподозревающими штатскими, обнаружение Департаментом Здравоохранения, Образования и Социального обеспечения правила и исполнение Экспертным советом медицинского учреждения исследовательские опыты над человеком с большими погрешностями».¹³ Если обратиться к запискам Вересаева, то там можно обнаружить подобные описания порочных практик мировых светил в медицине, которые безжалостно приносили в жертву науке представителей группы «уязвимых» и остальных людей тоже. Однако в случаях, описанных Вересаевым, никто не применял правила информированного согласия, поскольку оно и не было еще выработано. Тогда как в XX веке оно должно было применяться, но игнорировалось или смысл его намеренно искажался. Но особо надо подчеркнуть, что речь идет о лицах не входящих в группу «уязвленных». Прогресс всегда требовал жертв. Западная система здравоохранения в основном принципе лечения индивида, больного определенной болезнью, всегда исходила из принципа экспериментальности и эксклюзивности каждого случая. В свою очередь пациент также осознавал свою причастность и участие в эксперименте. Отсюда стремление контролировать действия врача, быть причастным к процессу лечения, максимально осознавать все сопутствующие риски. Добровольность – новый принцип, который был выработан в процессе создания Нюрнбергского кодекса. Он стал одним из основных биоэтических принципов, которые были сформулированы в 70-е годы XX в. П. Кемпом. Второй по значимости нормативно-этический документ – Хельсинская декларация (1964). Он стал ответом новым открытиям во многих научных областях в том числе и в медицине и фармакологии. Ускоренный

¹³ Ibid.

научный прогресс в 60-е годы и его результаты требовали срочной проверки на «биологическом материале», который представлял собой живые и мертвые тела людей и животных. Новая эра прогресса давала широкие возможности преодоления препятствий многих нерешенных вопросов в науке и жизни человечества. Ограничиться принципом «добровольности» уже не представляло быть возможным. Теперь нужно было охранять не только человека от человека, но и проявлять «особую осторожность ... при проведении исследований, которые могут повлиять на состояние окружающей среды; необходимо также проявлять заботу о животных, используемых в исследовательских целях».¹⁴ На основе Нюрнбергского кодекса, Хельсинской декларации, а также Конвенции Совета Европы «О правах человека в биомедицине» (1996 г.) были сформулированы универсальные этические принципы (автономность личности, информированное согласие, добровольность, конфиденциальность, целостность, уязвимость, справедливость), «на базе которых вырабатываются конкретные моральные нормы поведения врача и медика-исследователя и которые могут быть положены в основу сложной системы обеспечения здоровья народонаселения».¹⁵

К концу XX в. антропоцентризм уступает место биоцентризму (Т. Риган «В защиту прав животных», П. Сингер «Освобождение животных»), в котором на первое место ставят интересы живой природы, а не человека.

Т. Риган видит моральный статус животных в их самоценности, а не в полезности человеку. Человек должен взять ответственность за их благополучие, подобно социальной ответственности. «На мой взгляд, поскольку использование негуманоидных животных в целях моды, исследования, развлечения или вкусового наслаждения приносят им вред и приводят к обращению с ними как с (нашими) ресурсами, и так как такое обращение нарушает их право на обращение с уважением, из этого следует, что такое использование является морально неправильным и должно быть прекращено».¹⁶

Появилась новая разновидность утилитаризма – плюралистический утилитаризм. Кроме оценки действий по их результатам с точки зрения пользы, выдвигается необходимость того, чтобы эти действия были правильными в понимании как можно большего числа

¹⁴ Мешаткина Т. В., Фоновта Э. А., Денисов С. Д., Яскевич Я. С. и др. Биомедицинская этика: Учеб. пособие. Минск: БГЭУ, 2003. С. 234.

¹⁵ Там же. С. 50.

¹⁶ Риган Т. В защиту прав животных // Киевский эколого-культурный центр. Киев, 2003. С. 3; URL: www.ecoethics.ru/b63.

людей. Если считать, что у животных есть интересы и желания и они, так же как и люди, испытывают удовольствия и страдания, боль и страх, и, то это требует признания морального статуса животных. Поэтому действия могут быть неправильными, если они приносят вред животному, хотя и не вредят человеку. Но из этого не следует, что моральный статус животных подобен моральному статусу человека. Потому что такие характеристики, как планирование своих действий и целенаправленное их выполнение, абстрактное мышление, сложные личные и общественные взаимоотношения выделяют человека и делают его моральный статус наивысшим. При определении правильности действия моральный статус животных нужно учитывать, но при этом ценность жизни человека во много раз выше ценности жизни животных. Плюралистический утилитаризм рекомендует проводить опыты на низкоорганизованных животных.¹⁷

Рассматривая отношение человека к животным с позиции современного утилитаризма, П. Сингер приходит к таким выводам: «человек должен одинаково относиться к домашним и диким животным; используйте в экспериментах животных только тогда, когда это необходимо, если цель важна и нет других путей, достичь ее, и, если польза будет превышать ущерб, нанесенный животным».¹⁸ Исследователь, анализируя методы исследований на животных, также как и многие научные деятели, видит аморальность в причинении страданий животным в ходе эксперимента. Поскольку многие эксперименты на животных дают малый эффект, то с утилитаристской позиции они бесполезны. Поэтому Сингер предлагает иные пути достижения положительных результатов, например, не тратить деньги на эксперименты на животных, а лучше потратить эти деньги на пропаганду здорового образа жизни.

Современные научные исследования доказали «насколько низка эффективность использования животных в тестировании лекарственных препаратов показывает тот факт, что примерно 90% новых лекарственных средств забраковываются на ранних стадиях клинических испытаний, хотя они прошли многолетние испытания на животных по специальной схеме, включающей испытания на острую и хроническую токсичность, канцерогенность мутагенность

¹⁷ Лукьянов А. С., Лукьянова Л. Л. Биоэтика. Альтернативы экспериментам на животных.

¹⁸ Сингер П. Освобождение животных // Центр защиты прав животных «Вита». URL: www.vita.org.ru/library/philosophy/singer-animal-liberation.htm.

и тератогенность».¹⁸ Тем не менее, эксперименты продолжаются, поглощая десятки миллионов долларов в год.

Раздел 4. Культурно-религиозные аспекты биоэтики. Возможности взаимодействия

В условиях глобализации и поликультурного общества, религии играют очень важную социально-сакральную роль в разных культурах. Этот аспект необходимо учитывать, несмотря на научно-технический прогресс, современные общественные движения, новые стратегии управления конфликтами и т.д. Во многих странах процесс секуляризации не отменяет четкую направленность на культурно-религиозную специфику образа жизни народного большинства. Внешне такие страны демонстрируют элементы глобализации и мировой приобщенности в разных сферах своей жизни и деятельности, однако в частной сфере эти процессы не работают из-за сильного тяготения к патриархальности. Очевидно, что мы живем в пост-секулярном мировом сообществе, в котором религиозные взгляды и светские ценности тесно взаимосвязаны и влияют друг на друга.

По этой причине биоэтические вопросы не могут быть решены только силами науки, потому что они всегда связаны с религиозными и социально-культурными аспектами. Во многих странах наиболее важными источниками смысла жизни населения являются религиозные традиции, поэтому учет религиозных воззрений на биоэтические дилеммы остается неизбежным.

Однако, чем сильнее религиозное влияние, тем больше биоэтики должны прилагать усилия для плодотворного диалога между религиозными и научными традициями, между религиозными и светскими лицами. Цикл лекций определяет основу для этого диалога в антропологическом измерении, чтобы сделать возможным и обосновать связь между биоэтикой и религией.

Необходимо осветить следующие задачи:

- (1) критический анализ различных подходов в обосновании отношений биоэтики и религии;
- (2) социологический взгляд на взаимодействие между религиозными установками и светскими ценностями;

¹⁸ Лукьянов А. С., Лукьянова Л. Л. Биоэтика. Альтернативы экспериментам на животных.

(3) антропологические предпосылки и биоэтические последствия с точки зрения важных Западной и Восточной религиозных традиций: христианства, индуизма, буддизма, ислама.

Методологически этот блок будет сочетать лекции, групповые дискуссии и семинары. Этот блок мог бы быть интересен для:

- студентов медицинских факультетов;
- студентов философского факультета, специализирующихся в этике и религиоведении;
- студентов факультета социологии, которых интересует роль религии в публичной сфере.

В современном мире многие религиозные группы отстаивают свои позиции относительно методов медицинского вмешательства и вопросов экспериментальной медицины, таких как: аборт, донорство, исследования стволовых клеток, эвтаназия и т.д. Мнения о правильности выбора стратегий системы здравоохранения в исследованиях стволовых клеток или клонировании могут различаться в зависимости от принадлежности субъекта к религиозным группам или по причине индивидуальных убеждений. Однако, очевидно, что система здравоохранения является светским учреждением и не подчиняется религиозной доктрине, несмотря на то, что обслуживает верующих людей с религиозной системой ценностей. При этом религия играет ключевую роль в поддержании нравственных ценностей и составляет основу критического подхода к несовершенству структуры общества. Поскольку бесспорна связь между религией, духовностью и здоровьем, следовательно, религиозные аргументы и мнения не могут сбрасываться со счетов при обсуждении проблем системы здравоохранения.

Для дальнейшего продвижения научных исследований экспериментальная медицина вынуждена продолжать изучать спорные, с этической точки зрения, технологии, как клонирование, манипуляция со стволовыми клетками и эмбрионами. Ученые пытаются использовать эти технологии манипуляции с тканями и или с органами в надежде найти лекарства для таких болезней, как болезнь Паркинсона, сердечнососудистые заболевания, диабет и болезнь Альцгеймера. Однако эти успехи порождают ряд этических вопросов при использовании образцов человеческих тканей в диагностических, лечебных, исследовательских и учебных целях. В большинстве случаев представители разных религиозных групп едины во взглядах на эти проблемы. Обычно, их форма выражения начинается с предостережений и заканчивается резким запретом на любую манипуляцию с человеческим телом, т.к. человек создан по подобию бога.

Конструктивным выходом из положения, по мнению многих американских биоэтиков, может стать поддержка государственного образования по многим спорным вопросам, и активное участие представителей церкви в медицинских исследованиях. Медработники также должны понимать необходимость сохранять духовность в своей тяжелой работе и в подходах к научным исследованиям и, особенно, в сообществах, где религия играет ключевую роль. Здоровье человека, по определению ВОЗ, включает в себя не только физическое, но и эмоциональное и духовное благополучие. Поэтому важно, чтобы этические стандарты и принципы были сфокусированы не только на исследованиях и правах пациентов/субъектов, а также учитывали и религиозные аспекты, через призму которых решения сложных дилемм будут представляться допустимыми и этичными.

Религия составляет важную часть жизни многих людей. История показывает, что общество извлекает выгоду из коллективных религиозных убеждений. Поведение людей в обществе, в большей мере, регулируется их религиозными убеждениями. Кроме того, многие законы имеют в своей основе принципы религиозного учения, поскольку они дают предоставление относительно того, что является приемлемым для конкретного общества. Находясь в тесном контакте с другими науками, этика ориентируется в них по принципу добра и зла. Вряд ли можно найти такую область в медицине, где бы не работал этот принцип. Религиозные взгляды на биоэтические проблемы охватывают ряд актуальных проблем, таких, как: аборт и право на жизнь, право на смерть, генная инженерия, клонирование человека, использование репродуктивных технологий, донорства и многое другое. Религиозные взгляды на эти вопросы могут не совпадать с мнением специалистов в области медицины.

В настоящее время, биоэтические исследования проводятся в социально-экономических, культурных и религиозных областях. Различия в культуре и ценностях между исследователями и испытуемыми или лидерами общин могут привести к биоэтическим конфликтам. Для того, чтобы найти правильное решение, каждый участник должен руководствоваться общепринятыми моральными нормами и этическими принципами. Участники должны преодолеть многочисленные барьеры, чтобы проводить исследования бесконфликтно и с соблюдением этических норм. Для этого также необходим высокий уровень культурной компетенции, чтобы учитывать проблемные моменты мультикультурной среды. Таким образом, к

участникам предъявляется не только высокий уровень культурной компетентности, но также понимание и учет в своей работе разницы в моральных подходах.

Любое исследование должно учитывать особенности национальной культуры и религии, несмотря на то, что многие документы разрабатывают международные организации ООН, ЮНЕСКО или ВОЗ, они всегда адаптируются в каждой стране с учетом выше указанных особенностей, которые являются определяющими. Любое общество формируется под влиянием своей истории, верований и ценностей. Чтобы понять и оценить современное политическое и экономическое состояние страны, нужно знать свою историю. При этом нужно чтить свои культурные традиции, моральные ценности и убеждения, которые являются вектором любого общества.

Религия всегда направлена на беспрекословное убеждение людей относительно их происхождения, участия в своей судьбе и своего места во Вселенной. Она формирует иерархию желаний и ценностей с вариантами выбора, которые способствуют или мешают максимальной самореализации. Современные этические дилеммы охватывают определенные проблемные зоны, такие, как: церковь и государство, война и насилие, забастовки, нищета, мобилизация финансовых ресурсов, брак и семья, продолжение рода, бесплодие, репродуктивные технологии, контрацепция, клонирование человека и т.д. Католическая церковь, как и многие консервативные Христианские конфессии, выступают против клонирования человека и клонирования человеческих эмбрионов, из-за непоколебимого убеждения, что жизнь начинается с момента зачатия, а душа попадает в тело только таким путем. Люди не имеют никакого морального права создавать искусственно жизнь, эта функция сохраняется за создателем-Богом. Он единственный творец всего, и любой акт творения зависит только от него самого.

В биоэтике рассматриваются различные этические позиции относительно существующей практики и возможностей клонирования животных и человека. Клонирование человека может быть терапевтическим и репродуктивным. Терапевтическое клонирование призвано создавать ткани и целые органы для лечения пациентов, которые не могут получить их с помощью трансплантации из-за непереносимости определенных препаратов (наркотиков) или из-за вероятности эффекта быстрого старения. Странники репродуктивного клонирования считают, что бесплодные родители должны иметь доступ к этой технологии, оппозиция же в основном сосредотачивается вокруг статуса эмбриональных стволовых клеток, при этом об-

ласть обсуждения сводится к проблеме абортов. У некоторых противников репродуктивного клонирования есть опасения, что эта технология еще не развита достаточно, чтобы быть безопасной. Так американская Ассоциация содействия развитию науки (2014 г.) считает, что репродуктивное клонирование часто критикуют из-за потенциальной возможности изъятия органов и тканей у клонированных людей для донорства, а также из-за интеграции клонов в общество людей. С точки зрения религиозных групп подобные манипуляции с созданием клонов узурпируют место Бога в идее мироздания, а созданные искусственным путем эмбрионы низводят идею таинства сотворения души и тела до простой медицинской манипуляции. Они готовы поддержать терапевтическое клонирование, как божественный шанс в продлении жизни.

Для современного дискуссионного поля нет более актуальной темы, чем проблема свободы выбора смерти, свободы ухода из жизни. Эти прения должны учитывать много аспектов жизни: культурные, социальные, экономические, а также традиции и моральные нормы, готовность общества к новым изменениям и пр. Обычно катализатором актуальности проблемы, анализом ее современного состояния выступают СМИ, как зачинщики конфликта. Эвтаназия – это общий термин для юристов, врачей и биоэтиков. В переводе это слово означает хорошая или легкая смерть. Для юристов это намеренное сведение счетов с жизнью, как избавление от боли и страданий. С медицинской точки зрения эвтаназия входит в сферу интересов паллиативной медицины, которая направлена на облегчение боли и страдания пациента, страдающего от неизлечимого недуга с целью улучшения качества его жизни.

Долгое время эвтаназию представляли как индивидуальное решение. Однако перенос проблемы частного характера в поле общественного интереса заставил многих задуматься о ее последствиях для общества, ведь полная свобода несет полную ответственность. Готово ли общество взять эту ответственность на себя? С точки зрения религиозных групп только Бог определяет жизненный путь каждого человека, поэтому самоопределение в этом вопросе может рассматриваться, как вмешательство в промысел божий, поэтому эвтаназия вызывает с их стороны жесткий протест.

Если сторонники эвтаназии утверждают, что умственно полноценный человек должен иметь право закончить свою жизнь достойно без страданий, то для религиозных групп это утверждение крайне противоречиво. Для них такая «достойная жизнь» однозначно сводится к понятию суицида. Самоубийство во многих религиях

безбожно и наказуемое отлучением от церкви и презрением общества. Страдание имеет особую религиозную интерпретацию, оно дает право заслужить лучшей доли в царстве ином. Эвтаназия же ассоциируется с публичным действием, поскольку втягивает в него других людей, искушая их и заставляя совершать грех. Получается, что врач, призванный спасти души и тела людей, вынужден стать соучастником убийства. При этом очевидно, что такая точка зрения вступает в конфликт с Европейской конвенцией по правам человека, которая гарантирует право любого человека жить и умереть без страданий (паллиативная помощь). Очевидно, что религиозное воззрение расходится с общепринятыми нормами, прописанными в законах, декларациях и конвенциях. Наиболее значимый религиозный аргумент определяет жизнь как подарок от Бога. Из этого следует, что человек не имеет право претендовать на какую-либо свободу относительно выбора жить или умереть. А это значит, что не только эвтаназия противоречит религиозному пониманию смысла существования человека, но и также искусственное продление жизни. При таком подходе к проблеме «право на достойную жизнь и уход из нее» подобные рассуждения не актуальны. Паллиативная медицина рассматривается лишь как уход за больным, не более.

На протяжении многих лет дебаты по проблеме абортов не прекращаются. Любая религия ставит человеческую жизнь как великую ценность. Несмотря на то, что во многом религиозные взгляды разных конфессий схожи, существуют некоторые важные аспекты, которые делают одну религию непохожей на другую. Религия – это система верований, которая использует символы, которые позволяют людям сохранить свою духовность. Большинство религий полагаются на рассказы и символы, которые используются, чтобы наметить смысл жизни или объяснить определенные вещи, например, как происхождение Мироздания и т.д. В большинстве религий всегда присутствует назидательность/императивность, которая строится на морали определенного общества с его шкалой ценностей, где Бог – высшая ценность и индикатор всех поступков.

Аборт – это прерывание беременности, следствием которого происходит смерть эмбриона или плода. Он может быть спонтанным или индуцированным и искусственным. Искусственный аборт – это преднамеренное прерывание беременности способом, который гарантирует, что эмбрион или плод не выживет. Отношение общества к искусственному аборту заметно изменилось в последние десятилетия. В некоторых случаях необходимость в прерывании беременности принимается большинством, но для других ни обстоя-

тельства, ни государственная стратегия, ни медицинские показания не влияют на их отрицательное отношение к аборту. Также как религиозные догмы остаются неизменными, верующие люди считают аборт грехом. Если светский подход может быть либеральным и нейтральным, религиозные аргументы против абортов звучат неизменно.

Сторонники абортов утверждают, что женщины имеют моральное право решать, как распорядиться своим телом. Кроме того, право на аборт имеет важное значение для гендерного равенства, поскольку оно позволяет женщинам раскрыть свой потенциал вне семейных интересов. Запрет на аборты приводит к большому риску, так как он вынуждает их использовать незаконные и порой небезопасные способы. Сторонники утверждают, что женщины должны рассматриваться как люди, а не «хранилища» для плодов, следовательно, необходимо уделять должное внимание их правам. Большинство религий против аборта по просьбе, хотя некоторые государства поддерживают именно такую политику в отношении этого вопроса. Проблема жизни и смерти, добра и зла, отношения человека и природы, общества, вызывает озабоченность у верующих людей. Дело в том, что те, кто участвуют в абортах, являются не только пострадавшими эмоционально, но и инициаторами в одном лице. Аборт с религиозной точки зрения, это не только диалог человека со своей совестью, но и его диалог с Богом. По статистике более одной трети беременностей по всему миру являются незапланированными. Жизненные обстоятельства каждой женщины уникальны и могут повлиять на ее выбор в пользу будущего ребенка или прекращения беременности. Несмотря на то, что некоторые религии выступают против абортов, они не в силах игнорировать обстоятельства, в которые попала женщина и готовы дать послабление своей консервативной позиции в пользу аборта.

Общественное мнение все-таки согласно, что аборт – это крайняя мера, поэтому согласие на аборт должно быть обдуманном решением, которое не следует принимать спонтанно.

Не все религии единодушны в определении точного момента начала жизни. Буддизм, сикхизм и католическая церковь учат, что жизнь начинается с зачатия. Когда дело доходит до вопроса, кто имеет больше право на жизнь плод или женщина, каждая религия по-своему отвечает на этот вопрос. Римско-католическая церковь заявляет, что аборт – это умышленное прекращение беременности, и он не приемлем даже, если необходимо спасти жизнь женщины, однако применение лекарственных препаратов для спасения жизни

женщины вполне допустимо, даже, если это приведет к смерти плода, поскольку женщина имеет большее право на жизнь, чем плод. Греческая и русская православные церкви, индуизм, ортодоксальный иудаизм ставят жизнь женщины выше ценности жизни плода, они готовы принять аборт, как средство спасения женщины. Протестантские направления имеют разные мнения относительно абортов. Церковь Адвентистов Седьмого Дня (одно из направлений протестантизма) опубликовала в 1990 г. «Заявление-Консенсус» по аборту Комитета «Христианский взгляд на Человеческую Жизнь». В нем изложен компромиссный подход к проблеме аборта, отражающий, с одной стороны, ответственность христиан за защиту человеческой жизни на дородовой стадии, а с другой – необходимость обеспечения личной свободы женщин.

Большинство религий учат святости жизни человека. Иудейско-христианская традиция всегда ценила жизнь человека, об этом можно прочесть в Библии, в книге от Луки, Глава I, стих 39–41 «Встав же Мария во дни сии, с поспешностью пошла в нагорную страну, в город Иудин, и вошла в дом Захарии, и приветствовала Елисавету, Когда Елисавета услышала приветствие Марии, взвыл младенец во чреве ее; и исполнилась Елизавета Святого Духа». Псалом 139 13 по 16 стих описывает формирование будущего ребенка: «Ибо ты устроил внутренности мои; и соткал меня во чреве матери моей. Славлю Тебя, потому что я дивно устроен. Дивны дела Твои, и душа моя осознает это. Не скрыты были от Тебя кости мои, когда я созидаем был в тайне, образуем был во глубине утробы. Зародыш мой видели очи Твои; в Твоей книге записаны все дни, для меня назначенные, когда ни одного из них еще не было». В Дидахе (учение двенадцати апостолов) сказано: «... не умерщвляй младенца во чреве и по рождению не убивай его». В Бытии 25: 21-22, «И молился Исаак Господу о [Ревекке] жене своей, потому что она была неплодна; и Господь услышал его, и зачала Ревекка, жена его. Сыновья в утробе ее стали биться, и она сказала: если так будет, то для чего мне это?». Ислам не одобряет убийства других людей. В Коране сказано: «Поистине, каждый из вас формируется во чреве своей матери в течение 40 дней в виде капли семени, затем он столько же времени пребывает там в виде сгустка крови и еще столько же времени – в виде кусочка плоти... а затем Творец направляет к нему ангела, который вдыхает в него душу»; «Он – Тот, Кто придает вам в утробах такой облик, какой пожелает. Нет божества, кроме Него, Могущественного, Мудрого» (Коран 3:6). «О люди! Если вы сомневаетесь в воскрешении, то ведь Мы сотворили вас из земли, потом –

из капли, потом – из сгустка крови, потом – из разжеванного кусочка, сформировавшегося или несформировавшегося. Так Мы разъясняем вам истину. Мы помещаем в утробах то, что желаем, до назначенного срока. Потом Мы выводим вас младенцами, чтобы вы могли достигнуть зрелого возраста. Одни из вас умирают, другие же возвращаются в жалкую старость и забывают все, что знали. Ты видишь безжизненную землю. Но стоит Нам ниспослать на нее воду, как она приходит в движение, набухает и порождает всякие прекрасные растения» (Коран 22:5). «Воистину, Мы сотворили человека из эссенции глины» (Коран 23:12). «Мы вознесли [возвеличили над другими творениями] сынов Адамовых (людей)»; «Кто убьет человека, тот подобен [по пагубности и тяжести греха] убийце всего человечества».

Раздел 5. Ценностная сопоставимость биоэтики и общества

Признав человека, как уникальную, самоценную личность, этика выработала шкалу ценностей, которая определяет отношения врач – пациент, исследователь – испытуемый. Ценностная шкала, применимая к области естественных наук, очень отличается от других, своим подходом к рассмотрению категорий – страдание, сострадание, благо, долг, добро и зло. Руководствуясь важным постулатом «Не навреди», профессионал вынужден находить компромиссы во имя выгоды для человека. Биомедицинская этика выработала стратегии поиска максимальной выгоды для человека, как поиск наименьшего зла. Исторический опыт, мировая профессиональная медицинская практика, идеи великих гуманистов способствовали созданию принципов биоэтики в 70-е годы XX в., которыми руководствуются в современной медицинской практике. В любом учебнике по биоэтике можно ознакомиться с принципами биоэтики, которые имеют еще одно название – 4 принципа Кемпа (П. Кемп – датский специалист по этике). Они включают в себя – автономию личности, человеческое достоинство, целостность, уязвимость человека. Однако надо отметить тот факт, что споры, какие принципы считать важными для всех стран и культур, какие второстепенными, не утихают по сей день. Первыми поставили под сомнение определение единых биоэтических принципов два американских исследователя биоэтики, преподаватели Джорджтаунского Университета им. Кеннеди, Т.Л. Бошамп и Дж. Ф. Чайлдресс. Общие принципы такие как, милосердие, непричинение вреда, уважение автономии,

справедливость играют жизненно важную роль в биомедицинской этике. По мнению Т. Л. Бошампа, хотя, возможно, они уместны только для американской культуры, представители других культур могут не рассматривать их как единые моральные принципы и нормы. При этом существуют кросс-культурные моральные принципы, которые присущи всем народам: не укради, не прелюбодействуй и т.д. Даже заповедь «не убий» будет восприниматься по-разному. Для мусульманина нельзя убивать брата по вере, а иноверца – вопрос... Каждое правило или постулат может быть оправдан более чем одним принципом, следовательно, существует нелинейная связь между правилами и принципами. Эта общая, универсальная система правил и принципов является, по мнению Т.Л. Бошампа моральной, в узком смысле, или общей моралью.¹⁹ Он определяет общую мораль как «совокупность норм, общую для всех лиц, принятую ими как моральные ориентиры. Я докажу, что моральные ориентиры, содействуют процветанию человечества, противодействуя условиям, которые вызывают ухудшение качества жизни людей».²⁰ Он считает, что отказ жить по единым нормам морали – это не значит, что мораль для каждого своя, это значит, что такие люди аморальны по своей сути. Следовательно, общая мораль обеспечивает объективную основу для нравственных суждений. Настаивая на сильном влиянии мультикультурализма на моральные нормы любого общества, Бошамп доказывает, что общая мораль, как база, присуща всем культурам, но без учета отдельно взятых культурных особенностей, любые навязанные нормы, даже моральные, обречены на провал. Он настаивает на принятии всего 4-х принципов, как основы: уважение автономии личности (соблюдение директивного потенциала автономной личности), непричинение вреда (противодействие причинению вреда), благодеяние (предоставление льгот и выгод, тягот и рисков), и справедливость (справедливое распределение выгод и рисков). Для биоэтики он вводит понятие спецификации, т.е. специфичности подхода к каждому случаю. Это понятие узкопрофессиональное и подходит к подходам к проблемам в области медицины. Спецификация позволяет свести абстрактные нормы и правила к конкретным действенным мерам, т.е. подстройку применения

¹⁹ *Beauchamp T. L. Comparative studies: Japan and America // Japanese and Western bioethics / Kazumasa Hoshino (ed.). The Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 1997. P. 260; URL: www.intechopen.com/books/advanced-biomedical-engineering/cross-cultural-principles-for-bioethics#B2.*

²⁰ *Beauchamp T. L. A defense of the common morality // Kennedy Inst Ethics. J 13325974. 2003. P. 260.*

конкретного принципа за счет расширения информации о конкретной ситуации. Выбор подходящих принципов зависит от того, насколько эти принципы бесконфликтны между собой в их применении. Если один принцип в применении не нарушает другой, в этом случае можно говорить о сбалансированном подходе в подборе принципов.

Актуальная проблема для общества пациентов и сообщества врачей – свобода и ответственность. Мера ответственности всегда движется в диапазоне добра и зла. И этот диапазон определяется четким постулатом – чем больше свободы, тем больше ответственности. Он в равной степени касается и пациента, и врача. Категория ответственности может рассматриваться в двух плоскостях – есть ли в деонтологии свобода? Кто, как устанавливает границы свободы, и где лежат эти границы? В этом же контексте бесед необходимо обсудить роль информированного согласия, которое официально закреплено в законодательстве. Однако для специалистов в медицине и в смежных профессиях его задачи, функции и пути реализации вызывают неоднозначную реакцию, поскольку информированное согласие не решает ряд сложных моральных дилемм, связанных с категориями свободы и ответственности. Здесь можно привести в пример дилемму, связанную со свободой выбора пациента относительно его отказа от лечения. Может ли человек, в психически угнетенном состоянии, адекватно принять судьбоносное решение – принять лечение или его отвергнуть. Врач, как специалист и внешний наблюдатель, видит проблему в ином ракурсе и способен принимать решение более взвешено, нежели сам пациент. Тут справедлива поговорка «Большое видится на расстоянии». Однако при отказе пациента от лечения, врачу, после тщетных уговоров, остается лишь дать ему на подпись информированное согласие, чтобы уберечь себя от уголовной ответственности. Подобный выход из положения приводит к деморализации врача, он не имеет прав и возможностей к спасению жизни человека. А это приводит к выхолащиванию самых важных постулатов «ценность человеческой жизни превыше всего», «спасение человека любой ценой». Этот путь приводит к разочарованию и попустительству в аналогичных случаях. Зачем бороться за жизнь человека? Мы должны уважать его выбор? Но чем обусловлен этот выбор? Пациент, страдающий суицидальными наклонностями, пожалеет о своем выборе, но перейдя точку не возврата, ни совершенные методы и технологии, ни современные лекарственные средства ему уже не помогут. Разочарование в себе и профессии, бессилие перед создавшейся ситуа-

цией приводит к тому, что врач отворачивается от пациента, в бездействии ища оправдание в бумажке, и черствея душой. В данной ситуации на лицо нарушение принципов деонтологии и ограничение свободы выбора врача.

В данном разделе необходимо осветить модели взаимоотношений врача и пациента. Это очень важная тема, которая объясняет механизмы работы систем здравоохранения разных стран, механизмы взаимодействий врача, медперсонала и пациента. Размышления о взаимодействии врача и пациента имеют историческую подоплеку, начало она берет в Америке, где были предложены ряд моделей. В 80-е годы XX в. Ричард Халл предложил 3 альтернативных подхода к этой проблеме между медперсоналом и пациентом.

Традиционно религиозный подход – человек – это творение Бога, взаимоотношения между медперсоналом и пациентом должны строиться на основе общечеловеческих нравственных законов прописанных в Священном писании.

Индивидуалистический подход – человек – это индивидуум, который стремится сохранить свою автономию. Каждый индивидуум принимает самостоятельное решение, что для него/нее важно и какое лечение должно проводиться, всю ответственность за исход лечения он берет на себя.

Коммунитарный подход – человек – это член общества. Лечение определяется социальным устройством общества и социальными отношениями внутри него.

Элен Берналь (1992 г.) предложила свой подход к поиску обоснований и выработки правильных подходов в работе медперсонала с пациентами. Она предложила следующие модели:

- *Защитная модель*, которая базируется на защите прав и интересов пациента. Наиважнейшими принципами здесь выступают – автономия личности, уязвимость, равенство всех граждан.

- *Договорная модель* – модель взаимозачетов между обществом и представителем медицинского сообщества. Общество вкладывает свои ресурсы на обучение и стажировку медработника, который обязуется отдать свой долг обществу профессиональным служением. Цель такой модели – слаженное взаимодействие внутри медицинского сообщества и эффективное взаимодействие с обществом на основе деонтологических принципов.

В России был взят модельный ряд американского философа Роберта Витча, который предложил 4 модели.

- *Инженерная модель.* Медработник выступает как технический эксперт. Он безоценочно излагает суть проблемы, пациент сам выбирает удобное ему решение.

- *Контрактная модель.* Это модель взаимоотношений и взаимовыгод, хотя взаимные интересы могут быть разные. Пациент – клиент, врач – поставщик услуг. Любая сторона может разорвать контракт, если ее что-то не устраивает. Обе стороны соблюдают определенные договоренности – взаимоуважение, контроль качества на основе соблюдения пунктов договора.

- *Коллегиальная модель* – самая органичная модель из всех, поскольку врач и пациент – коллеги, которые преследуют общую цель. Они относятся друг к другу на равных с уважением и учетом профессиональных достоинств.

- *Патерналистская модель* – классическая модель. Врач – профессионал, пациент – послушный исполнитель его распоряжений. Автономия пациента вторична по отношению к его благополучию/здоровью. Пациент должен соглашаться с мнением и решением врача.

Более подробную информацию о моделях взаимоотношений врача и пациента можно найти в учебной литературе или в Интернете.

Раздел 6. Ценность здоровья человека в биомедицинской этике

Наряду с моральными проблемами, которые еще только предстоит решить, существует насущная биоэтическая проблема, которая возникает в сфере взаимодействия врача и пациента. Проблема взаимной коммуникации всегда актуальна для любого общества, поскольку взаимопонимание – залог успешного развития общества. Конструктивный подход необходим в любом взаимодействии, особенно, если речь идет о профессиональной сфере деятельности. Проблемы, возникающие при взаимной коммуникации врача и пациента можно охарактеризовать как социальные, культурные и этические. Если рассматривать этическую сторону проблемы, то необходимо обратиться к аспектам профессиональной этики. Речь идет о проблемах базисной части системы здравоохранения разных стран и России в том числе. Широкая полемика биоэтиков, врачей и пациентов заставляет задуматься над причинами конфликта между обществом, именуемым пациентами, и профессиональным сообществом врачей, которое в свою очередь входит в общее социальное

пространство. «Яблоком раздора» стало одно из мировоззренческо-методологических правил – добровольное информированное согласие.

«В совокупности с ним правдивость, конфиденциальность, неприкосновенность частной жизни должны «образовывать этические «координаты», описывающие отношение к пациенту как к личности».²¹

«Информированное согласие – принцип биомедицинской этики, предполагающий соблюдение права пациента знать всю правду о состоянии своего здоровья, о существующих способах лечения его заболевания и риске, связанном с каждым из них. В автономной модели взаимоотношений принцип И.с. – это коммуникативный диалог врача и пациента; здесь И.с. не является доброй волей или желанием врача, а выступает как его обязанность. Оно предполагает соблюдение ряда этических и процессуальных норм: учет психического состояния пациента, уровень культуры, национальных и религиозных особенностей пациента, тактичность врача или исследователя, его моральные качества, способность донести доступно необходимую информацию до пациента. «Правильное информирование о состоянии здоровья и прогнозе дает пациенту возможность самостоятельно и достойно распорядиться своим правом на жизнь, обеспечивая ему свободу выбора»²². Теоретически этот принцип неоспорим, но почему же в России он так плохо приживается, а некоторые западные страны готовы рассматривать его отмену? Для того, чтобы ответить на этот вопрос, нужно проследить исторические предпосылки к возникновению идеи добровольного информированного согласия.

Исторически так сложилось, что медицина, будучи полностью антропологичной, направляла свои усилия на лечение человека, не имея полного представления об анатомии, внутренних процессах и системах, резервах организма и т.д. Объединившись в профессиональное сообщество врачей, эти люди всегда вынуждены были совмещать в себе экспериментатора и врача. Причем один без другого не мог существовать, поскольку медицина, делая все больше открытий в области познания человеческого организма, постоянно наталкиваясь на большое количество возникающих вопросов, чем ответов.

²¹ Биоэтика: междисциплинарные стратегии и приоритеты: Уч. пособ. / ред. Я. С. Яскевич. С. 29.

²² Там же. С. 204.

В Средневековье церковь попыталась разделить эти две функции врача, запретив его исследовательскую деятельность. Врач должен был только лечить, не зная точно, как устроен человеческий организм. Однако все попытки церкви оказались тщетными. Экспериментатор, в лице врача, находясь в профессиональном долге перед пациентом всегда стоял выше запретов и ограничений. Врачи тайно препарировали трупы в надежде найти ответы на мучавшие их вопросы, поскольку деонтологизм профессии всегда сопровождался сочувствием и состраданием к пациенту. Ответственность врача за жизнь пациента выстроила патерналистскую модель их взаимоотношений, когда врач берет на себя роль отца, умудренного опытом и знаниями, а пациент – ребенка, который находится в слабой позиции из-за своей некомпетентности и подчиненного болезнью состояния. Справедливо считать, что патернализм в истории европейской культуры, как норма взаимоотношений между врачом и пациентом, связана с фундаментальными основами христианской морали. «В профессиональной врачебной этике на протяжении более 20 столетий никогда и никем не оспаривалось значение ценностей милосердия, сострадания, заботы, помощи, которые являлись краеугольными понятиями морально-нравственного отношения врача к больному, страдающему человеку».²³

Стремление усовершенствовать свои навыки и знания побуждали врачей обращаться к исследовательской стороне медицинской профессии. Но в то же время перед врачом неминуемо вставали морально-нравственные дилеммы, поскольку испытуемым становился его пациент, которому нельзя причинять вред и нужно спасти любой ценой. В данной связи можно вспомнить «Записки врача», опубликованные в 1900 г. русским врачом В. В. Вересаевым, который вынужден был оправдывать несовершенство медицины и вынужденные опыты над пациентами, будущими выгодами в пользу их лечения. «Путем этого постоянного и непрерывного риска, блуждая в темноте, ошибаясь и отрекаясь от своих заблуждений, медицина и добыла большинство из того, чем она теперь по праву гордится. Не было бы риска – не было бы и прогресса; это свидетельствует вся история врачебной науки».²⁴ Он пишет, что с «тяжелым сердцем» он повествует об исследовательской стороне своей про-

²³ Силуянова И.В. Патернализм и информированное согласие: проблема совместимости // ГлавВрач. 2006. №3; URL: rudoctor.net/medicine2009/bz-bw/med-amiyi.htm.

²⁴ Вересаев В.В. Записки врача // Вересаев В.В. Собр. соч.: в 4 т. Т. 1. М., 1985; URL: az.lib.ru/w/weresaew_w_w/text_0030.shtml.

фессии, ведь «буквально каждый шаг вперед в их (венерической) науке запятнан преступлением».²⁵

Несмотря на очевидные успехи в врачебном деле, пациенты достаточно настороженно относились к представителям этой профессии. Безвыходность ситуации заставляла их обращаться к докторам за помощью, но настороженность, а иногда и безотчетный страх присутствовали в них всегда. И это не страх перед возможной болью, а скорее страх оказаться во власти другого человека, который может поступить с ними, исходя совсем не из гуманных соображений. Ощущение уязвимости относительно себя или своих близких разводило врачей и пациентов по обе стороны баррикады. Вересаев в своей книге рассказывает, какой ужас вызывали вскрытия покойников у родственников усопших. Языческие представления о мире и христианская мораль русских людей XIX века не могли ужиться с безудержным стремлением научной мысли, которая была направлена на прогресс любой ценой. Это осознает и Вересаев, поэтому он не может допустить смертельного исхода «своих испытуемых». И как бы оправдывая себя, он приводит длинный список зарубежных врачей, которые заражали беззащитных, ничего не подозревающих больных сифилисом или гонореей и наблюдали, как те умирают. Морально-нравственная сторона таких опытов оставалась всегда в стороне. Уязвимыми становились самые незащищенные слои общества, бедность и нищета толкали их в руки врачей, которые приравнивали плату за лечение к опытам над людьми.

Однако, если не принимать во внимание самые аморальные поступки врачей, которые намеренно превращали своих больных в подопытных, видя в них только биологический материал, то лечение любого пациента для врача можно назвать экспериментом. Как каждый человек имеет уникальный рисунок на коже пальцев рук и набор ДНК, так и организм любого индивида имеет свои индивидуальные особенности. По сути подход врача к пациенту тоже должен быть особым, поскольку очень часто применение одной и той же практики лечения того или иного заболевания не приносит должных результатов. Врач всегда выступает в роли исследователя и его лечение походит на ряд экспериментов, поскольку одним и тем же лекарством всех вылечить не возможно.

До 1945 г. вопрос об этичности медицинских экспериментов на людях не был так обсуждаем и осуждаем. Негативной стороной исследовательской медицинской практики стали обнародованные

²⁵ Там же.

факты чудовищных экспериментов нацистских врачей и то количество жертв, которое они повлекли. Впервые об этом заговорили открыто на Нюрнбергском процессе, где судили нацистских преступников и в том числе врачей.

«После Второй мировой войны, когда ученые, врачи и народ обратили свое внимание на этические проблемы, поднятые биоэтическими исследованиями, защита человека встала на первое место и информированное согласие было призвано стать балансом для урегулирования этих проблем».²⁶ Размышляя над особой миссией информированного согласия, израильская исследовательница Родес Розамонд приходит к мнению, что оно не стало тем непреодолимым барьером для преодоления неэтичного поведения многих мировых ведущих ученых медиков относительно своих пациентов, которые не принадлежали к группе «уязвимых». И это происходило, несмотря на нарушение этических норм в исследовательских стандартах со стороны государства. Общепринято считать «уязвимость», как моральное отчуждение, которое может быть преодолено, но в биоэтике эта категория включает в себя отдельные человеческие группы (дети, заключенные, инвалиды и т.д.), которые требуют от государства и общества особой заботы и внимания. «В этом смысле данный принцип становится основой особой заботы, ответственности, *эмпатии* по отношению к другому, более слабому и зависимому. Для своей реализации он требует соблюдения еще одного принципа биоэтики – *принципа справедливости*».²⁷ В США четко обозначены те, кто принадлежат к этой группе. «Согласно... данным из Экспертного совета медицинского учреждения в группы «уязвимых» входят: психически больные люди, люди, страдающие душевными заболеваниями, беременные женщины, человеческий плод, зародыши, оставшиеся после проведения ЭКО и пр., дети, заключенные, старики, люди, требующие постоянной медицинской помощи, люди в сфере образования и неимущие. Таких людей много».²⁸ Однако многие люди, не из числа «уязвимых», не состояниии понять и оценить информацию о предполагаемом лечении или исследовании, причин здесь может быть несколько – пациент обращается за помощью, находясь в психически угнетенном состоянии, в процессе лечения может возникнуть культурный и коммуникативный барьер и пр. Врач же в свою очередь всегда будет выступать как экспери-

²⁶ Rosamond R. Rethinking Research Ethics. P. 19.

²⁷ Биоэтика: междисциплинарные стратегии и приоритеты: Уч. пособ. / ред. Я. С. Яскевич. С. 39.

²⁸ Rosamond R. Rethinking Research Ethics. P. 21.

ментатор, поскольку сказать наверняка поможет больному то или иное лечение или лекарство он не может.

Более того, уже после осуждения отвратительных практик нацистских врачей научный мир продолжил их дело: скандал 1963 г., когда раскрылось проведение незаконных опытов над пожилыми людьми (без их согласия), которые были больны раком в Еврейской клинике хронических заболеваний, раскрытие сомнительной деятельности американского врача Генри Бичера в 1966 г., разоблачение в 1971 г. незаконных исследований сифилиса в Тискеджи, события 1975 г., когда армия США призналась в проведении опытов с галлюциногенными наркотиками над ничего неподозревающими штатскими. Информированное согласие должно было применяться, но игнорировалось или смысл его намеренно искажался. Западная практика лечения индивида, больного определенной болезнью, всегда исходила из принципа экспериментальности и эксклюзивности каждого случая. В свою очередь пациент также осознавал свою причастность и участие в эксперименте. Отсюда его стремление контролировать действия врача, быть причастным к процессу лечения, максимально осознавать все сопутствующие риски.

Советская система врачевания использовала чистую форму патернализма с максимальной ответственностью за свои действия. Эксперимент над пациентом в процессе лечения воспринимался весьма негативно. Испытанные методы ценились гораздо выше, чем экспериментальный подход в лечении каждого больного. Советская система здравоохранения не нуждалась в информированном согласии, поскольку было очевидно, что пациент не должен разбираться в тонкостях врачебного дела. По давню больной человек не всегда в состоянии оценить правильно описываемые врачом риски и не всегда может принять правильное решение в столь уязвленном положении, не находя в себе силы отстраниться от проблемы, взглянуть на нее другими глазами. Одним важным залогом успешности в лечении заболевания было доверие пациента к врачу. Это основополагающий момент в отношении врача и пациента. При этом трудно говорить о возможности какого-либо доверия, если врач будет совмещать роль клинициста и экспериментатора, ведь ни один пациент не хочет быть в роли испытуемого, без добровольного согласия на это. В этом случае для него любые деяния врача будут восприниматься как нарушение его автономии, как вопиющая несправедливость. Сейчас советскую медицину упрекают отсутствием конфиденциальности. Однако так называемый «этический нигилизм» в сохранении тайны болезни больного не противоречил обществен-

ной морали. Общество воспринимало болезнь не как кару или возмездие за распушенный образ жизни, а скорее как беду, с которой надо бороться всем вместе. Коллективная ответственность укладывалась и в сферу профессиональной этики, и именно этот аспект стал решающим в определении стратегии развития советской медицины. Н. А. Семашко говорил, что «поведение врача и выполнение им своих обязанностей и составляет предмет так называемой врачебной этики».²⁹ Совпадение общественной и профессиональной медицинской морали создавали предпосылки для комфортного климата в отношениях врача и пациента. Проникновение в перестроечные времена элементов западной системы здравоохранения в советскую систему привело к разрушению баланса внутри нее. Проект взаимоотношения врач-пациент «Семейный врач» с набором защитных функций – информированным согласием, автономией личности, конфиденциальностью и т.д. полностью не состоялся, поскольку в советские времена уже существовал институт семейного врача, хотя он так и не назывался. Благодаря нормальной и стабильной заработной плате текучка кадров была мала, что способствовало долгосрочным взаимоотношениям между терапевтом и пациентом. Пациент знал хорошо своего лечащего врача, который лечил всех взрослых в семье, невзирая на прописку. Отсутствие деления общества по классовому признаку, т.е. когда медицина была доступна для всех без исключения, позволяло обходиться без правила защиты прав человека – информированного согласия. Это правило начинает работать, когда рыночная экономика диктует свои права, в обществе есть бедные слои населения и когда доступность медицины ограничена отсутствием средств или бесправным положением, речь идет о бомжах и гастарбайтерах. Еще Вересаев подметил подобные искажения в отношениях врача и бедняка, который вынужден платить за лечение попранием чувства собственного достоинства или, чего хуже, добровольным согласием на проведение экспериментов с его участием. Биоэтик Б. Г. Юдин пишет, что «бесплатная помощь в клинике выступает как своего рода благодеяние со стороны общества: общество как бы берет их на свое содержание, но в обмен на это они должны безропотно соглашаться на роль испытуемых».³⁰ Он считает, что большое количество людей, находящихся за чертой бедности, становятся исследуемым материалом,

²⁹ Семашко Н. А. Избранные произведения. М.: Медгиз, 1954. С. 280.

³⁰ Юдин Б. Г. Человек в научном познании: методология и ценности // Биоэтика и гуманитарная экспертиза. Вып. 3. М.: ИФ РАН, 2009. С. 37.

дающим достоверные результаты благодаря своей массовости, что можно приравнять к апробации лекарств или новых методов в медицине. В современном мире информированное согласие должно защищать права всех граждан, но в нашей стране, приходится констатировать тот факт, что гарантий вашего выздоровления оно не дает.

Использование этого принципа в России не дало такого же эффекта, как в других странах. Платная медицина применяет информированное согласие очень охотно в своей практике, но не стоит заблуждаться относительно защиты прав пациента, этот документ защищает права врача в случае претензий со стороны пациента на не должное лечение или обслуживание. В большинстве случаев информированное согласие становится мерой принуждения, поскольку у пациента нет альтернативы в выборе лечебного учреждения за недостаточностью средств к существованию или за неимением другого места для лечения. В поликлиниках И.с. вообще не используется. Обычно, их выдают в стационарах и стоматологических клиниках. И.с. актуально и востребовано в экспериментальной медицине, где исследователь несет уголовную ответственность за жизнь и здоровье испытуемых, а сами испытуемые могут покинуть эксперимент на любой его стадии.³¹

Раздел 7. Этические комитеты и комиссии. Важность миссии

В данном разделе необходимо уделить внимание международному опыту в создании и функционировании этических комитетов и комиссий, поскольку понимание необходимости в них для России стало возможным лишь 90-е годы XX в. Это было обосновано тем, что советская система здравоохранения, предложенная Н. А. Семашко, не видела смысла в применении этических принципов, т.к. брала за основу решение индивидуальных проблем коллективом.

Этические комитеты получили официальный статус в 1993 г. в законодательстве РФ об охране здоровья граждан. Однако статус их имел рекомендательный характер, поскольку в законе говорилось, что они «могут создаваться». По этой причине созданные ЭК не имели должного статуса и необходимого авторитета, чтобы решать

³¹ Ковалева Т. В. Этическая рецепция информированного согласия // Вестник Санкт-Петербургского университета. Сер. 6: Философия. Культурология. Политология. Право. Международные отношения. 2011. № 2. С. 25–30.

сложные этические дилеммы. В 2004 г. был принят ряд документов по врачебной этике: О комиссии о врачебной этике, Кодекс врачебной этики и т.д., которые утратили юридическую силу в 2007 г. В новом законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», принятом в 2011 г. ЭК – утратили свое первоначальное название, получив расплывчатое понятие «врачебные комиссии». Конфликты и проблемы, означенные в документе, подразумевают этическую проблематику, но на прямую не обозначаются таковыми. Понятие «врачебна этика» упоминается один раз, как синоним деонтологии. Статус таких врачебных комиссий остается рекомендательным, хотя почти все крупные врачебные учреждения имеют подобные комиссии, поскольку мировое врачебное сообщество ориентируется на работу этических комитетов/комиссий.

Появление этических комитетов в XX в. в США и Европейских странах было вынужденной мерой, поскольку их деятельность была направлена на обуздание научно-технического прогресса и стабилизацию общественного беспокойства. Теоретические научные достижения требуют проверки на практике с использованием человеческого ресурса. Необходимо было что-то противопоставить «научному произволу», это стало очевидным к концу 40-х годов, как итог событий Второй Мировой войны. Опыты над людьми в концлагерях, проверка медицинских препаратов на населении требовали от мирового сообщества введение жестких ограничений на деятельность правительств, фармакологических компаний, научных лабораторий и т.д. Подробнее информацию можно прочитать в учебной литературе, где предыстория возникновения ЭК (этических комитетов) довольно подробно и доступно описана.

Виды этических комитетов:

Каждый вид ЭК соотносится с проблемной областью. Основой их существования является ряд этических принципов, которыми должны руководствоваться научное и педагогическое сообщества, правительство, различные подведомственные и ведомственные организации и т.д.

- Принцип уважения личности.
- Принцип благодеяния.
- Принцип справедливости.

Исследовательские ЭК

Исследовательские ЭК ведут наблюдение за деятельностью исследовательских групп, лабораторий и научно-экспериментальных институтов, поскольку их исследования затрагивают физическое и

ментальное здоровье человека. Каждая страна наделяет такой ЭК определенными полномочиями и регламентирует его деятельность согласно своему законодательству. В США Institution Review Board (IRB), основываясь на федеральном законодательстве, обладает запретительными полномочиями, в отличие от других стран с подобными исследовательскими ЭК. IRB является государственной структурой, а не общественной организацией.

Нюрнбергский кодекс и Хельсинская декларация стали базой для создания этико-правовых международных документов. Россия в этом процессе не принимала участие, пользуясь своими внутренними потенциалами. Европейская традиция контроля за экспериментами в медицине начала свою деятельность с 1900 г. В Пруссии были предприняты попытки ограничить бесконтрольное применение фармакологических средств с помощью инструкций для руководителей больниц. Более серьезную деятельность предприняла США в 1962 г., приняв закон о правилах проведения медицинских экспериментов Drug amendment act (DAA). В 1963 г. британская медицинская ассоциация разработала четкие инструкции для врачей-исследователей. До начала эксперимента врач должен задать себе ряд вопросов:

- знает ли больной, что я собираюсь с ним делать;
- могу я находчиво ему объяснить степень риска;
- уверен ли я, что его согласие добровольно;
- выполнил ли я такую же процедуру, если на его месте были мои близкие?

Последний пункт является отражением идей Экологической движения и гуманистических идей.

В 1977 г. в США принимает свод правил, руководствуясь которыми должны проводиться клинические испытания с участием людей Good Clinical Practice (GCP). В основу легли положения Хельсинской декларации, разработанной ВМА. Россия в 2005 г. берет за основу этот документ для своей практики. Название документа звучит «Надлежащая клиническая практика». Фактически, это дословный перевод английского аналога. Документ очень объемный, в нем прописаны основные положения от начала планирования испытаний до ответственности сторон за результаты определенного исследования. Основные принципы этого документа:

- непричинение вреда пациенту, за счет тщательного оценивания соотношений рисков и пользы. Перевес во мнении за или против будет за превалированием пользы над рисками;

- обеспечение прав участников эксперимента (подписание информированного согласия, следование протоколу исследования, получение согласия ЭК, соблюдение конфиденциальности, выход из эксперимента);
- полная ответственность исследователя за проведение эксперимента и участников.

В 2010 г. в России был принят еще один закон, который регулирует обращение лекарственных средств на территории РФ, он называется «Об обращении лекарственных средств». Этот документ позволил прекратить безотчетное распространение лекарственных средств фармацевтическими компаниями и незаконное обогащение теневых структур за счет контроля над рынком сбыта.

Из-за возникающих ежегодно проблем с появлением и распространением новых форм инфекционных заболеваний, экономической нестабильностью и т.д. международные организации ООН, ЮНЕСКО, ВОЗ, Совет Европы и др. разрабатывают декларативные документы, которые регулируют каждый отдельный случай. Актуальной проблемой на сегодняшний день является борьба с вирусом Эбола.

Для России наиболее значимыми документами стали два модельных закона, принятых Межпарламентской Ассамблеей стран СНГ в 2005 и 2006 гг. Модельный закон «О защите прав и достоинств человека в биомедицинских исследованиях» регламентирует деятельность исследований с участием человека. Модельный закон о генетических исследованиях 2006 г. наименее проработан, имеет много нареканий, но он единственный, который определяет возможности генетиков и ограничивает их.

Исследовательские ЭК в России имеют статус региональных и локальных ЭК. Они могут быть организованы при лечебном или исследовательском учреждении. Такие ЭК довольно строго регламентируют проведение во время эксперимента, проект на стадии подготовки и т.д.

Локальные ЭК

Мировая практика создания ЛЭК при лечебных заведениях способствовала образованию подобных комитетов при российских крупных больницах. Они отстаивали интересы пациентов, разбирали этические дилеммы, которые возникали в процессе лечения пациента или в профессиональной среде. Врачебные комиссии при больницах и клиниках соблюдают стандарты в формировании состава комиссии, функций и порядка работы. Состав определяется

нормой – не меньше 5 членов, из которых 1 член – заинтересованное лицо, 2-й – независимое, остальные могут быть представителями духовенства, смежных направлений, медработники младшего звена, медперсонал и т.д. Поскольку статус врачебных комиссий не закреплен юридически, они могут иметь только совещательный голос в решении трудных этических дилемм. Их существование и функциональные возможности зависят от доброй воли администрации/руководства (закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», принят в 2011 г.).

Национальные/центральные ЭК

Такого рода ЭК организуют при Министерствах и правительствах, крупных общественных организациях. В каждой стране существуют такие ЭК, их функции и назначения могут отличаться друг от друга. Если ЛЭК занимаются вопросами микро этики, национальные ЭК ведают вопросами макро этики, экономики и политики. Прототипом ЭК стал «Божественный комитет» г. Сиэтла в 60-е годы XX в. Он состоял из уважаемых людей этого города и принял тяжелое решение об очередности получения пациентом гемодиализа. Биоэтические проблемы в макро масштабе заставляют мировое сообщество брать на себя ответственность не только за свою страну, но и за весь мир и за каждого человека на Земле. При ЮНЕСКО существует 2 комитета – Международный комитет по биоэтике и Межправительственный комитет по биоэтике. Спектр обсуждаемых вопросов достаточно широк и касается, по большей мере, проблем в Африке и пандемической стабильности в мире. Подобные комитеты существуют при ВОЗ, Совете Европы, Европейском Совете и т.д. Они создают декларативные акты, которые предлагаются на рассмотрение Советам по этике разных стран, чтобы принять их или отвергнуть. Каждый Совет по этике имеет право вносить свои коррективы в эти документы, поскольку они не имеют обязательной силы.

В США Совет по биоэтике при президенте работает в Белом доме. Круг проблем охватывает не только медицинские этические проблемы, но и проблемы в научных областях, социальной и культурной жизни такой большой страны. Он наделен карательными полномочиями и имеет контролирующие функции. В Италии ЭК работает при парламенте страны. По сути, работа этих комитетов направлена на улучшение жизни в каждой отдельной стране.

В России Совет по этике при Минздравсоцразвития занимается экспертизой документов по проведению экспериментов, выдачи

обоснований отказов на проведение исследований. Состав комитетов меняется в зависимости от рассматриваемого дела.

Раздел 8. Ключевые проблемы биомедицинской этики

Тема 1. Актуальные вопросы биоэтики в начале XXI в.

Актуальные проблемы биоэтики можно смело отнести к прикладной части этой науки, поскольку они относятся напрямую к медицине или касаются ее через смежные сферы социальной жизни людей. Сложность этого раздела заключается в постоянной модернизации методов и технологий, которые приходят из различных наук, меняя ежегодно картину мира людей на планете. Научно-технический прогресс развивается настолько стремительно, что порой даже специалисту сложно оставаться в информационном поле и проводить анализ воздействия и особенно выделять наметившиеся социально-культурные проблемы. «Большое видится на расстоянии» – так и с последствиями внедрения прогрессивных методов и технологий в жизнь общества. Сложность проблемы кроится и в пестроте нравов, обычаев, в социальном укладе каждого народа, каждой страны. На выбор той или иной позиции очень часто влияет авторитетность церкви, ее политическая позиция в государстве. Не менее важно внимание государства к этим дилеммам и его стремление разрешить их цивилизованным способом, руководствуясь этическим подходом к каждой проблеме. При изучении этого раздела необходимо строго посещение студентами лекций, поскольку собранный материал не освещен в учебниках или учебных пособиях. Характер и сущность проблем быстро меняются и скоро становятся не актуальными по вышеуказанным причинам. Обзор учебной литературы по данному предмету немногочислен. Данные учебные пособия актуальны в методологическом плане, в рамках теоретико-философских подходов к устоявшимся проблемам. Поскольку прикладная часть касается этических проблем в медицине, то в дальнейшем они будут именоваться биомедицинскими.

Биомедицинские этические дилеммы можно условно разделить по темпоральному признаку на две части – к первым относятся проблемы, которые присущи любому историческому отрезку, поскольку они связаны с культурно-социальными аспектами жизни любого общества и на сегодняшний день решение их еще не найдено; вторые – появились недавно и связаны они с бурным темпом научно-технического прогресса.

К первому типу проблем можно отнести: право человека на жизнь (когда человек становится человеком?); аборт; право человека на смерть; эвтаназию; суицид.

Ко второму типу проблем можно отнести: репродуктивные технологии, посмертных детей; фетальную терапию; стерилизацию; контрацепцию; клонирование; генную инженерию; расшифровку генома; право человека на тело; трансплантацию; нейроэтику; НЛП; проблемы психиатрии; наркоманию и алкоголизм.

Право человека на жизнь. Когда человек становится человеком? Аборты.

Данная проблема постоянно находится в зоне внимания общества, церкви и правительства. Она, то уходит на второй план, то снова обостряется, в зависимости от напряжения сфер влияния. В учебной литературе эта проблема хорошо и подробно освещена. Важно отметить подходы к ней и исторические этапы трансформации. Каждая страна исторически сама решала, какую стратегию выработать для урегулирования конфликта по этому вопросу. Конфликт разгорался на базе трех трудно разрешаемых вопросов:

С какого момента человек становится человеком?

Кто такой человек?

Может ли женщина распоряжаться своим телом?

На эти вопросы есть мнение религиозное, которое обязательно учитывают, поскольку оно является социо-культурным компонентом любого общества, и в противовес ему – научного сообщества. Мнение церкви, в лице разных конфессий, на первый вопрос категорично. В данном случае расхождений о моменте вселения в тело души невелико (или в момент зачатия, или через несколько дней после). Информация по данному вопросу широко освещена в учебной литературе и в учебниках по биоэтике, поэтому не имеет смысла подробно останавливаться на этом телеологическом вопросе, хотя он важен для понимания раскрытия сущности проблемы выбора. Проблема выбора носит философский характер, поскольку речь идет о проблеме жизни и смерти. В биомедицинской этике принято придерживаться трех подходов в решении вопроса об абортах. Первый – консервативный, которому следует церковь, объявляя аборт незаконным и преступным деянием, поскольку человек вмешивается в дела Бога. Важной идеей этой позиции – полный запрет, исходящий из заповедей Бога. Второй подход – умеренный. На него соглашаются некоторые религиозные группы (протестантская церковь, православная и др.). Умеренность заключается не в полном

запрете, а соотносится с личностным подходом к конкретной ситуации, в которую попала женщина. В данном случае учитываются такие доводы: медицинские показания на проведение аборта, поскольку беременность или рождение ребенка угрожает жизни самой матери; социальные проблемы (изнасилование, тюремное заключение, потеря кормильца и др.). Однако при всех очевидных послаблениях церковь не спешит с разрешением на аборт, призывая женщину родить и отдать ребенка на попечение государству или церковному приходу. Третий подход – либеральный, он не связан с религиозным влиянием. Решение остается за государством и женщиной. Государство разрешает делать аборт по просьбе, женщина исходит из своих личных обстоятельств в принятии такого трудного морально и физически решения. В ходе занятия необходимо обсудить все моральные проблемы, связанные с принятием решения об аборте, определить меру моральной ответственности мужчины и женщины, обсудить роль семьи в воспитании мальчиков, ориентированных на ответственное отцовство и девочек, на материнство. Нравственная роль семьи в обществе – самая актуальная тема для дискуссий в российском обществе.

Тема 2. Право человека на смерть. Эвтаназия. Суицид

Право на смерть такое же неотъемлемое право, как и на жизнь. Однако исторически так сложилось, что таким правом мог воспользоваться только античный человек. Суицид не воспринимался обществом, как что-то ужасное, противозаконное. В период монотеизма отношение к принятию самостоятельного решения жить или умереть резко меняется. Жизнь принадлежит Богу, он решает жить или умереть. В современном обществе, несмотря на научные достижения, атеизм, культурный код, включающий религиозную составляющую на интуитивном уровне, поиск смерти заставляет нас видеть в нем некую ущербность, напоминающую понятие греховности. Благоговение перед всем живым, клятва Гиппократата, идеи гуманизма – все, что составляет основы биоэтики, противопоставлены акту лишения жизни, а значит и эвтаназия не может быть принята, как единственный верный шаг. Недаром, почти все страны оказались солидарны в данном вопросе. Кроме Голландии, Бельгии и двух штатов США – Орегон и Колумбия, активная эвтаназия запрещена. В настоящее время эвтаназию допускают в Швейцарии, Норвегии и Колумбии (данные издания «Festival of Light», Аделаида, Австралия, <http://www.fol.org.au>).

В мировой практике эвтаназию принято подразделять на активную и пассивную. Название «активная эвтаназия» подразумевает самостоятельный уход из жизни безнадежно больного человека или человека страдающего старческой деменцией. Любой учебник по биоэтике даст четкое представление об этом акте, поскольку данный вопрос широко обсуждается, анализируется мировым сообществом. Наиболее значимое препятствие на пути принятия этого акта, как законного, страх общества перед возможными злоупотреблениями с корыстными целями (использование чужого тела для своих нужд). Общество трудно убедить, что их защитит закон, здесь проблема кроится в доверии человека к человеку, государству, врачам и т.д. Вторым препятствием будет уже не социально-политическая проблема, а скорее профессиональная, которая связана с нарушением клятвы Гиппократата. В ней вы найдете пункт, который гласит, что «Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла; ... Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство». Предназначения врача – спасти жизнь человека любой ценой, но в случае эвтаназии врач должен выступить в роли, противоречащей его профессии. Если пациент сам введет смертельную инъекцию себе, врач не будет считаться убийцей, но от ответственности это его не спасет. Этот факт подтверждает жизнь американского врача Джека Кеворкяна. Участие врачей в эвтаназии вызовет опять недоверие со стороны общества, а ведь только на доверии может осуществляться любое лечение, без него любое лечение становится профанацией, видимостью профессиональной деятельности. Основной проблемой, которая не дает узаконить эвтаназию, является страх потери доверия общества. Безусловно, эвтаназия поднимает и другие прямые и косвенные проблемы, причины которых, в большинстве своем, можно охарактеризовать как социальные.

Суицид можно рассматривать в русле проблемы эвтаназии, как его производное. В рамках этого аспекта можно поговорить о самоубийстве, как силе воли или как о трусости. Философские размышления могут базироваться на примерах художественной литературы и газетной периодики. Здесь уместно вспомнить Радищева, Лермонтова, кн. Дашкову и др.

Макро этика и макро геополитика ставят еще более затруднительные вопросы: так как население мира сильно возросло в течение последнего столетия, имеет ли кто-то право требовать право контролировать сроки их смерти, будь они неизлечимо больными или нет?

Тема 3. Репродуктивные технологии. Посмертные дети. Фетальная терапия. Стерилизация. Контрацепция

Репродуктивные технологии – самый востребованный вид медицинской помощи. Государственная программа не обеспечивает всех желающих из-за своей дороговизны, а частным образом эта манипуляция доступна только состоятельным людям. Истоки бесплодия лежат в плохой экологии, неправильном образе жизни, предыдущих абортах или в последствиях ранее перенесенных инфекционных заболеваниях. Первая проблема, которую можно обозначить, как философскую, это проблема равенства и доступности благ для каждого члена общества в системе здравоохранения. Репродуктивные технологии вскрывают значительные недостатки системы. Кроме долгого ожидания своей очереди в программе, комиссия решает, кто достоин иметь своего ребенка, а кто нет. Одинокие женщины или мужчины в крайне редких случаях могут быть включены комиссией в программу при наличии всех справок и свидетельств.

Другая проблема появилась недавно и связана она с понятием «посмертные дети». В данном случае проблема делает крен в сторону юриспруденции, а именно посмертного владения донорским/биологическим материалом (яйцеклетками, сперматозоидами и эмбрионами), находящимся на длительном хранении в криокамерах. Моральный и юридический статус рожденных детей после смерти родителей с помощью ЭКО (экстракорпоральное оплодотворение) в некоторых странах не определен, а в некоторых уже на законодательном уровне закреплено, что они не являются гражданами этой страны и подлежат срочной экстрадиции, но куда? Юридически эти дети становятся нелюдями или недоллюдьми. С моральной точки зрения эта ситуация абсурдна, поскольку есть люди, в том числе и врачи, которые дали ход этой жизни и должны нести персональную ответственность за свои поступки. Что касается суррогатного материнства, этот вопрос сейчас выпал из обоймы острых и нерешенных. Коммерческая сторона этого вопроса неоспорима, но стала менее порицаема в российском обществе. Проблема претендования на одного ребенка двух сторон – биологических родителей и суррогатной матери остается открытым в рамках недостатка нашего законодательства. Суррогатная мать вправе не отказаться от выношенного небологического ребенка. Очевидно, что данный аспект необходимо обсудить на занятии с моральной точки зрения.

Репродуктивные технологии и хранение биоматериала подразумевает манипуляции с эмбрионами. Они могут носить не только незаконный, но аморальный характер. Очевидно, что в эксперимен-

тальной медицине его стволовые клетки используют, как экспериментальный материал. Как к этому относиться? Вопрос сводится к статусу эмбриона или фетуса. Это человек или нет? Если эмбрион можно приравнять к человеку, то проведение опытов на нем аморально, поскольку он не давал согласие на такие манипуляции. Если все иначе, то никаких угрызений совести не должно быть. Официально эмбрион не получил статус человека, поэтому чисто юридически проблем нет. Однако мы осознаем, что за каждым эмбрионом стоит человеческая жизнь в самом ее начале. Биологически очевидно, что человеческий эмбрион – будущий человек, поэтому нужно обращаться с ним как с человеком. Исходя из этого, возникает противоречие между статусом и реальным понятием. Возможно, преодолев это противоречие в ближайшем будущем, человечество решит для себя имеет оно право проводить эксперименты с участием эмбриона или нет. Наиболее противоречиво использование эмбриональных клеток в фетальной терапии. Эта проблема тесно связана с проблемой абортот и трансплантации. Наиболее сложный и вызывающий протест у многих – использование эмбриональных клеток в косметологии для омоложения.

Казалось бы, стерилизация и контрацепция – темы неновы. Они служили альтернативой аборту. Но в наше время с развитием фармакологии химическая стерилизация и обилие контрацептивных препаратов расширили свои возможности относительно достижения целей, без нанесения вреда женщине или мужчине. Чем больше свободы, тем больше должно быть ответственности за возможное применение таких препаратов. Проблемы стерилизации охватывают область принудительной процедуры. Это касается лиц, осужденных за изнасилование или убийство, психически нездоровых людей, т.е. тех, кто ограничен в правах или недееспособен. Здесь можно поразмышлять об ответственности общества перед такой категорией людей. Контрацепция затрагивает проблемы молодежи. В область дискуссии вмешивается церковь, считая контрацепцию источником разврата и искушениям слабых духом. В данном случае всегда возникает вопрос, кто должен просвещать и вести воспитательную работу с подростками, кто может вызвать у этой аудитории доверие и с какого возраста следует это делать?

Тема 4. Клонирование. Генная инженерия.

Расшифровка генома

Клонирование связано с генной инженерией, трансплантацией и с репродуктивными технологиями. В совокупности они исполь-

зуются для создания человека и отдельных органов, в зависимости от этого клонирование подразделяют на репродуктивное и терапевтическое. Во многих странах существует мораторий на клонирование человека по гуманным соображениям, поскольку пока генетика не может предложить достойные технологии для создания полноценного человека. Эксперименты с животными показали, что клонирование несет страдание воспроизведенному созданию из-за многочисленных изъянов. Общество пока не готово признать клонов людьми и придать им легитимный статус. А создание заведомо инвалидов аморально и не может ничем быть оправдано. Важней всего понять, зачем нужно создавать клонированных людей, с какой целью? За научным интересом проглядывает корыстный мотив использования таких людей как живое хранилище органов. А это изначально не допустимо. Гуманный способ замены пораженных органов – это терапевтическое клонирование. В этой области много достижений, но о массовом внедрении результатов в обыденную практику пока речь не идет из-за затратности и длительности технологического процесса. Прорыв в этой области сулит решить проблему с поиском необходимых донорских органов для трансплантации.

Генная инженерия самое популярное и продуктивное научное направление. Она охватывает все научные исследования, направленные на изучение возможностей человека и других живых существ. Все направленно на выгоду человечеству, но, как это всегда бывает, новое всегда довольно сложно приживается и воспринимается консервативным по природе своей обществом. Многие открытия можно использовать на благо и на зло одновременно. Поэтому не удивительно, что это научное направление рождает много проблем, решение которых дается порой очень нелегко.

Тема 5. Евгеника

Несмотря на то, что так много внимания биоэтика уделяет последствиям расшифровки генома человека и ядерным технологиям, используемым для клонирования животных, самым неожиданным и побочным достижением генетики стало планирование пола и внешности будущего ребенка, т.е. «дизайн» детей. Такого рода возможности, как отбор по полу или внешности позволяют отнести их к евгенике, которая была порицаема из-за нарушений прав человека. Фрэнсис Гальтон придумал слово «евгеника» (от греческого «eu» «хорошо» + «genes» – «рожденный») в 1883 г., дав такое же название науке, изучающей методы исправляющие и совершенствующие

щие физические и интеллектуальные качества человека. Идеи Гальтона в создании совершенной расы людей через специально подобранные пары по физическим параметрам были подхвачены и развиты Гитлером в XX в. Арийская раса должна была стать воплощением идеи супер-людей, которые будут управлять миром. После Второй Мировой войны евгенистические идеи подобного толка были осуждены, однако с появлением возможностей отбора потомства евгеника вновь смогла занять свои первоначальные позиции. Все началось с появления УЗИ, с помощью которого можно определить пол будущего ребенка. Следуя культурным традициям и воспользовавшись этой диагностикой, Китай и Индия вынуждены были признать, что последствия отбора по гендерному признаку очень опасны демографической политики любой страны, последствия которого ощущаются и по сей день. В конце XX в. в США появилось новое модное течение, которое трактовало обществу, какой должен быть заложен с рождения эталон красоты для мужчин и для женщин. Неудачные комбинации ликвидировались путем аборта, что опять приводило к выбраковке неугодного типажа, а значит, евгеника опять вершила судьбы людей. Правительство США довольно быстро пресекло евгенистические проявления и ввело запрет на необоснованное тестирование плода. Однако надо отдавать отчет в том, что ученые скоро дорасшифруют значение генетического мусора и связей в геноме человека, животных и растений. А это означает, что медицина в скором времени будет иметь в своем распоряжении огромное количество информации о заложенных черт характера, поведения и фенотипических свойствах. Каждый раз евгеника потенциально становится оборотной стороной генетики в ходе ее развития и получения новых результатов исследований, направленных на благо людей.

Еще одна моральная проблема может возникнуть в недалеком будущем, когда евгеника снова может проявить себя, разрушив чью-то судьбу. Это проблема генной стигматизации. Уже становится очевидным, что медицина скоро изменит свои традиционные методы на генную терапию, клеточное лечение и т.д. Понятие «здоровый человек» будет определяться по отсутствию поломанных генов, мутации и прочих показателей. Велика опасность зачислить людей с генными отклонениями в разряд неполноценных. Это может вызвать дискриминацию в обществе уже по генным причинам. Параллельно с проблемой, нацеленной на будущее, встает моральная проблема сегодняшнего дня. Исследования, проводимые сегодня будут использованы в будущем, однако за них платит сегодняшнее поко-

ление. Этично ли использовать ресурсный потенциал для далекого будущего, когда общество нуждается социальном обеспечении сегодня?

Успехи в области генетики, проект «геном человека» и умение находить генетические маркеры определенных заболеваний, поднимают сложные этические дилеммы. Из них можно выделить два из наиболее актуальных вопроса – это последствия преимплантационной генетической диагностики и генетического тестирования взрослых. Преимплантационная (доимплантационная) генетическая диагностика эмбрионов человека (PGD) является самой молодой и быстро развивающейся областью диагностики. Это диагностика генетических заболеваний у эмбриона человека перед имплантацией в слизистую оболочку матки, т. е. до начала беременности. Такие технологии предназначены для выявления наследственных заболеваний в ранний период развития эмбриона для принятия решения, какие эмбрионы должны быть имплантированы, какие болезни являются законными. Исходя из результатов исследования, родители разрешают оставлять эмбрион без изменения или вносить корректировки медицинского или моделирующего плана. Отклонения от нормы могут быть разными. Эмбрион может иметь признак мутации 2-х генов, указывающих на болезнь Тея-Сакса или муковисцидоз, но это лишь признак, нет гарантий, что болезнь проявится. Возможно, что родители посчитают, что риск слишком велик и решатся на аборт. Существуют сложные вопросы в отборе эмбрионов по гендерному признаку, если пара хотела определенный пол ребенка, но получилось не так, как хотелось или при угрозе передачи генного заболевания, которое передается только по мужской линии или по женской. Конечно же, в современной медицине для взрослых генетические тесты уже существуют, чтобы обнаружить мутации, ведущие к нескольким формам наследственного рака молочной железы и болезни Хантингтона. Но в данном случае обнаружение наследственных генов для взрослого человека будет лишь констатацией факта возможного проявления болезни, но не даст возможности применения генной терапии. Такие манипуляции возможны лишь в детском возрасте до 5 лет.

В русле генной терапии возникают следующие моральные вопросы: о конфиденциальности медицинской информации, психологическом воздействии, стигматизации, отсутствия осознанного согласия, доступ к медицинскому страхованию. С появлением коммерческих генетических центров тестирования, пациенты будут в ближайшее время иметь легкий доступ к генетическим тестам, без

использования генетического консультирования, профессиональной психологической поддержки или адекватной, точной и, возможно, клинической информации. Доступность информации в интернете приведет к бездумному использованию генетических тестов, последствия, в применении которых, могут быть непредсказуемыми. Подобный случай произошел в Великобритании, где в супермаркетах продавались тесты на определение отцовства. Бездумное любопытство подтолкнуло многих мужчин воспользоваться новыми возможностями, как результат – волна разводов, брошенные дети, разрушенные семьи и чьи-то судьбы. Доказано, что семейные узы не зависят от родства.

Тема 6. Право человека на тело. Трансплантация

Трансплантация – пересадка донорского органа реципиенту. Отношение к трансплантации с 1967г., когда врач Кристиан Барнард в ЮАР сделал первую в мире пересадку сердца, остается не однозначным в мировом сообществе. Для пациентов пересадка больного органа – единственный способ отсрочить смертельный приговор, для людей вне проблемы – неоднозначная медицинская манипуляция. Трансплантация поставила перед человечеством ряд моральных проблем, которые раньше не возникали, и о которых можно было лишь прочитать в романах фантастов. За 48 лет со дня первой операции эта наука сумела развить свои потенциалы благодаря новым технологиям в смежных медицинских областях. Врачи научились использовать все органы одного человека, чтобы спасти других. За это время были совершены сложнейшие операции по пересадке легкого, а пересадка сердца стала рядовым событием в медицинском мире. Проблема с донорскими органами в разных странах решается по-разному. В Испании на дверях магазинов можно увидеть объявления, уведомляющие граждан, что свои органы они не смогут унести на тот свет. В России все граждане потенциальные доноры, но последнее слово остается за родственниками усопшего. Органы остаются роскошью для малоимущих слоев населения, но даже платежеспособные граждане не всегда могут рассчитывать на получение донорского органа. Зарубежная система забора и отслеживания органов работает более четко, чем в России. Имеется база данных для социальных и коммерческих реципиентов, есть очередность их получения. В России все менее прозрачно, но также дорого. Первая проблема – равенство и доступность медицинского обслуживания для каждого пациента. В этой области оно нарушается намного чаще, чем в другой. Другая проблема связана с культурной

традицией. Все понимают необходимость в донорстве, но большинство не хочет становиться ими. Для русской традиции целостность тела после смерти очень важно на культурно-генетическом уровне. Даже необходимое препарирование трупа, если бы его не делали принудительно, встречало бы противодействие со стороны родственников, и это не из-за их преступных замыслов. Моральная ответственность перед умершим за его целостность становится приоритетной для многих близких.

С развитием реанимации, как самостоятельного и важного направления, трансплантация столкнулась с «конкурентом» за жизнь человека. Реаниматологи спасают жизнь человека, даже находящегося в коме или в состоянии клинической смерти. Они отодвигают порог смерти, сдвигая точку не возврата. Трансплантологи лишаются потенциальных доноров. Несмотря на такое противоборство, цели и тех и других направлены на спасение человека с одним исключением, трансплантологи спасают жизнь человека за счет жизни другого. Очевидно, что трансплантация – метод неудачный и требующий замены на более совершенный – биопротезирование. Ксенотрансплантация, как альтернативный метод, является с временной мерой. Пересадка органов животных человеку влечет две существенные проблемы: животное отличается от человека, и срок жизни животного мал по сравнению с человеческим.

Проблема несовершенства методов вынудила многих людей стать добровольными живыми донорами для своих близких. С моральной точки зрения медицина идет на преступление, калеча здорового человека ради жизни безнадежно на тот момент больного. В результате вместо одного здорового человека общество получает двух покалеченных людей. Однако с точки зрения донора этот шаг оправдан продлением жизни близкого человека, ведь такой донорский орган приживется быстрее, поскольку донора и реципиента связывает родство, и отторжение тканей будет значительно меньше.

Тема 7. Проблемы психиатрии. Наркомания и алкоголизм. НЛП. Нейроэтика

Область психиатрии – самая сложная и самая закрытая для общества. В ней наиболее часто встречаются моральные дилеммы, которые трудно решить, поскольку отношение к душевным болезням остается негативным со стороны общества, и это несмотря на то, что количество психических заболеваний растет с каждым годом. Несмотря на то, что стресс, плохая экология, профессиональное выгорание влияют на каждого члена общества, отражаясь на их

психическом самочувствии, любые отклонения от норм поведения настораживают окружающих, вызывая страх перед непредсказуемостью действий другого человека. При этом не учитывается тот факт, что психические расстройства могут иметь разные формы и степени тяжести. Проблемы со здоровьем у людей с легкими психическими расстройствами могут возникать только сезонно или в связи с тяжелыми травматическими ситуациями, в обычной обстановке при нормальных условиях они ничем не отличаются от здоровых людей. Они способны сами себя контролировать и отдавать отчет своим поступкам. Обычно, они в период обострения сами обращаются в клинику за помощью. Очевидно, что держать их в больнице не гуманно и затратно. Конфиденциальность (неразглашение диагноза) защищает их права от стигматизации общества, поскольку оно плохо мирится с существованием таких людей и видит в них потенциальную угрозу. С другой стороны, у общества обосновано есть сомнения в адекватности поступков людей с психическими заболеваниями, и они не хотят разбираться, какова степень тяжести их заболевания. В данной связи возникает моральная дилемма – что важнее, судьба одного человека или безопасность общества, с которым он контактирует?

Некоторые заболевания, как аутизм или аутические отклонения, не несут опасности окружающим, при этом носители их отличаются порой особо выдающимся интеллектом, можно сказать, гениальностью. Проблема таких людей заключается в неспособности к социальному взаимодействию. К ним сложно применить понятие «недееспособный», поскольку многие могут ограниченно принимать участие в жизни общества и вносить свой посильный вклад в экономику страны. Однако государство вынуждено брать за них социальную ответственность, которая ложится на плечи обычных граждан.

Тема 8. Алкоголизм и наркомания

Обычно эти заболевания принято связывать с социальными проблемами, их даже называют социальными заболеваниями. Однако с развитием генетики некоторые исследователи склонны считать генетическими заболеваниями. Очевидно, что все не сводится к генной мутации, возможно, это неправильное воспитание, обозначенное, как предрасположенность, которая может возникать у людей, родственники которых были склонны к этим видам недугов. Алкоголизм и наркомания – опасные заболевания для общества. Люди, подверженные этим заболеваниям, ведут себя асоциально, но

общество до конца не определилось, как относиться к этим ним. Одни считают, что это распущенность и слабоволие, другие – видят в них тяжелые заболевания. В России пьянство было распространенным недугом, поэтому окружающие терпимо относятся к этому явлению. С наркоманией все сложнее. Здесь все признают, что наркоманы опасны для окружающих, подавно до сих пор не найдены способы полного вылечивания от подобной зависимости. Поскольку у наркомана происходит довольно быстрая деградация личности, их можно смело отнести к людям с психическими отклонениями. Диапазон мер по локализации проблемы существует много, но в отличие от душевно больных, необходимо учитывать добровольность лечения. Парадоксально то, что для преодоления этого недуга необходимо склонить таких пациентов добровольно подвергнуться принудительным мерам: от насильственного удержания в изоляторе до принятия болезненных процедур. В этой связи можно выделить некоторые моральные дилеммы, когда принуждение становится злоупотреблением властью над больным человеком (отъем имущества, издевательства, проведение недобровольных экспериментов и пр.); социальные запреты и опасность полной конфиденциальности; стигматизация.

Тема 9. Нейроэтика

Нейроэтика является относительно новой областью биоэтики, которая рассматривает этические, правовые и социальные проблемы неврологии. Она возникла в ответ на стремительное развитие неврологии в конце XX века, с целью изучения когнитивных способностей и эмоций, наряду с функциональной нейровизуализацией, которая стала широко известна с 1990-х годов.

Когнитивная и аффективная нейронаука используется для решения проблем во многих сферах человеческой жизни, которые клиническая медицина не рассматривает. Это сфера образования, бизнеса, политики, юриспруденции, развлечения и военных конфликтов. Динамично развивающееся новое научное направление породило ряд этических вопросов. Для того, чтобы осознать их характер и масштаб, необходимо сначала рассмотреть области применения неврологии.

Роль неврологии в обществе. Нейромаркетинг

Эмоции и мотивации потребителей очень важны для маркетологов, поэтому возможность «прочтения» умозаключений потребителей является очень желанной. По сравнению с некоторыми психическими процессами, влечение и желание имеют прямое отноше-

ние с паттернами деятельности головного мозга. Электроэнцефалография или ЭЭГ и функциональная магнитно-резонансная томография (МРТ) – две усовершенствованные методики измерения активности мозга, широко используются в маркетинговых исследованиях. В 2002 году термин «нейромаркетинг» был придуман для обозначения данного исследования.

Опубликованное исследование в области нейромаркетинга больше ориентировано на академические вопросы такие, как природа мозговой активности, лежащая в основе потребительского поведения, и достоверность прогнозов поведения, чем на реальное применение нейромаркетинга в бизнесе. В опубликованном исследовании были изучены способы, с помощью которых дизайн упаковки, цена, фирменный стиль, лицо бренда и другие маркетинговые факторы, отдельно от самого продукта, влияют на психологический отклик на этот продукт. Важно знать, насколько точно этот психологический отклик влияет на решение о покупке. Хотя результаты, полученные в ходе таких исследований, можно получить через более традиционные поведенческие методы маркетинговых исследований, во многих случаях нейровизуализация обеспечивает наиболее точные критерии потребительской мотивации. Доля применения нейромаркетинга, как инструмента бизнеса, возможно, невелика, однако существует ряд компаний, которые охотно используют услуги нейромаркетинга, что свидетельствует о его результативности. Издание «*Форбс*» опубликовало список таких компаний, в него попали Chevron, Disney, eBay, Google, Hyundai, Microsoft, PepsiCo и Yahoo. Технологии нейромаркетинга могут также использоваться для изучения предпочтений здорового образа жизни и политических кандидатов.

Уголовное право и закон

Нейронаука является потенциально применимой ко всем же областям уголовного права и закона, в которых психология уже применяется. В уголовном праве она включена в средства вынесения судебного решения под названием «исцеляющее правосудие», где правонарушители направляются на курсы умения владеть собой, перевоспитания, лечения от наркотической зависимости и на другие курсы по коррекции поведения на базе психотерапии.

Во многих штатах США на базе исцеляющего правосудия применяются следующие методики: сексуальные правонарушители могут быть подвергнуты длительному медикаментозному воздействию антиандрогенных препаратов, которые снижают сексуальное желание. Это так называемая химическая кастрация эффективна, потому,

как она влияет на мозг. Другие психофармакологические способы лечения с обязательным для исцеляющего правосудия включением серотонинергических препаратов, таких как селективные ингибиторы обратного захвата серотонина или СИОЗС, были признаны эффективными для снижения повторения преступлений для лиц, совершивших сексуальные преступления, а также для уменьшения спонтанного насилия. Личность подсудимых, медицинские и психологические истории, диагнозы предъявлялись суду, как смягчающие обстоятельства, при расследовании уголовного дела. Информация о работе мозга подсудимых в последнее время все чаще учитывается судом. В принципе, неврология также может играть роль в определении опасности и риска рецидива. Такая информация, построенная на основе поведенческой истории и психологическом обследовании, применяется при назначении наказания и условно-досрочного освобождения. Изучение визуализации мозга убийц позволяет выделить спонтанные и запланированные убийства.

Другие законные применения нейронауки выходят за рамки уголовного права, это могут быть общие положения при выборе суда присяжных и оценке показаний. В связи с отбором присяжных, представители системы правосудия пытаются устранить тех присяжных заседателей, которые могут отнестись к этому делу или подсудимому с предубеждением. Это довольно сложная задача, поскольку присяжные заседатели могут не сообщить или скрыть свое отношение. Функциональная магнитно-резонансная томография способна выявить основные виды невольного предубеждения испытуемого. МРТ использовалась также для оценки истинности высказывания, хотя на сегодняшний день такие методы не используются, как доказательная база, в суде. Другой тип детектора лжи, базирующийся на событийно-обусловленных потенциалах мозга, используется в Соединенных Штатах Америки (штат Айова) и в Индии. В частности, в Индии этот метод наконец помог доказать совершение убийства двумя подсудимыми.

Феномен усиления мозговой активности

На протяжении тысячелетий люди поддерживают свою активность и настроение природными веществами, содержащими в себе никотин и алкоголь. С появлением современной психофармакологии и других методов изменения функций мозга, диапазон вспомогательных стимуляторов расширился.

Препараты, предназначенные для лечения синдрома гиперактивности с дефицитом внимания или СДВГ, сейчас используются в медицинских колледжах как технические средства обучения. Ре-

зультаты опроса 2001 года показали, что 7% американских выпускников из 10 000 человек использовали прописанный немедикаментозный стимулятор, а среди студентов студгородка эта цифра достигала 20%.

Различные неформальные журналистские опросы и непосредственное мнение студентов и профессионалов показали, что психофармакологические средства были добавлены ими для своих исследований, помимо обычных СДВГ лекарств. Наиболее популярным из них оказался препарат модафинил, первоначально разработанный для уменьшения сонливости у пациентов, страдающих нарколепсией, но при этом у здоровых людей сохранял когнитивные способности при депривации сна. Это позволяло полуночникам чувствовать себя комфортно и работать продуктивно.

Некоторые исследования показывают, что модафинил может даже улучшить когнитивные способности здоровых людей при вынужденном бодрствовании. Возможность контроля сна и бодрствования, когда хочется спать, а надо плодотворно работать, создает очевидные удобства в жизни. Поскольку здоровые люди не являются основными потребителями этого препарата, поэтому неизвестно, какой процент они составляют. Возможно, что не востребованность этого лекарства кроется в его дороговизне, в необходимости рецепта, и, наконец, до конца неизвестны последствия обмана организма, и сколько человек выдержит без сна на этом препарате.

Очевидно, что в ближайшие десятилетия появятся новые когнитивные усилители. Эти препараты будут направлены на подавление нежелательных воспоминаний, сейчас они находятся на стадии разработки и апробации.

К фармацевтическим подходам в лечении или профилактике когнитивных расстройств, в последнее время присоединились и другие технологии, в том числе транскраниальная стимуляция мозга с помощью магнитного поля (transcranial magnetic stimulation) или электрический ток (транскраниальная стимуляция постоянным током (transcranial direct current stimulation)). В настоящее время эти технологии в стадии активной разработки научно-исследовательских программ по манипуляции нормального и аномального функционирования мозга. В частности транскраниальной стимуляции постоянным током уделяется особое внимание исследователями из-за ее способности улучшать различные когнитивные процессы у здоровых субъектов исследования с использованием недорогой и портативной аппаратуры.

Обеспечение безопасности: разведывательное и военное назначение

Соблюдение национальной безопасности требует использование и разработку новейших технологий, в том числе нейротехнологий. Во многом успех разведывательных и военных операций зависит от персонала—в частности, от их психологической прочности и надежности, которые являются функциями мозга.

Конечно, информация о безопасности применения неврологии часто не доступна для общественности. На основании имеющихся данных можно предположить, что нейровизуализация, скорее всего, будет использоваться и изучаться, как метод получения информации при допросах. Последние исследования техник обмана, ингибиторного контроля и доверия когнитивной и социальной нейронауками имеют важное значение для развития методов снижающих способность допрашиваемых утаивать информацию.

Подбор персонала имеет решающее значение для разведки и военных операций, где лояльность и психологическая устойчивость может быть потеряна в экстремальных условиях. Несмотря на свои многочисленные недостатки, полиграф до сих пор используется при проверке на благонадежность. Инновационный метод нейровизуализации, как ВМП (вызванный мозговой потенциал) или МРТ, будет использоваться как детектор лжи вместо / в дополнение к полиграфу, чтобы обеспечить доказательства в правдивости. Возможно, нейровизуализация поможет определить переход от волнения к тревоге или других отклонения, которые могут возникнуть у персонала в стрессовой ситуации.

В дополнение к оценке или прогнозированию когнитивных качеств персонала, существует сильная заинтересованность у военных в усовершенствовании персонала. В настоящее время точно установлено, что военные используют различные психофармакологические средства для улучшения концентрации, снижения утомляемости и понижению нервозности.

Как известно, в военной практике очень долго использовали амфетамин, чуть позже совместно с модафинилом и СИОЗС, такая комбинация практиковалась в американских войсках в Ираке и Афганистане. Направления по усовершенствованию методов воздействия для военных существенно отличаются от тех, что применяются для гражданских лиц. Одним из примеров может быть проект под названием «Бинокль Люка» (Luke's binoculars), т.е. Система когнитивного обнаружения угрозы, разработанный Агентством передовых оборонных исследовательских проектов США. Прибор фикси-

рует электрические сигналы, поступающие от мозга, чтобы предупредить об опасности владельца до его или ее неосознанного восприятия полученного сигнала или действия. Этот проект по улучшению визуального внимания планируется использовать уже через несколько лет.

Другой пример, это – портативное устройство для транскраниальной магнитной стимуляции или ТМС представляет собой неинвазивный метод, который даёт возможность вызвать в нейронах головного мозга деполяризацию или гиперполяризацию. ТМС (повторяющаяся ТМС) используется в качестве инструмента для лечения различных неврологических и психиатрических заболеваний – инсульта, мигрени, болезни Паркинсона, галлюцинаций, шума в ушах, депрессии и так далее. Последние достижения военных в области нейронауки состоит в разработке неубивающего оружия. Данный метод направлен на погружение противника во временный сон, в состояние растерянности, боли или ужаса, в зависимости от того, на какую область мозга идет воздействие.

В начале XXI в. наблюдается развитие новых направлений нейронауки. Фармакологические манипуляции с функцией мозга человека для коррекции образа жизни является уже обычным делом. Большое количество новых лекарственных препаратов и немедикаментозных методов для усовершенствования человека, от когнитивных способностей до увеличения потенции, уже есть в продаже или находится в стадии разработки. Томография мозга была коммерциализована в виде различных приложений, начиная от детектора лжи для оценки «романтической» совместимости и до методов мониторинга и манипулирования мозгом, которые использует правительство от уголовного права до ведения военных действий.

Этические проблемы новых нейротехнологий. Добровольная конфиденциальность

Использование томографии мозга не в медицинских целях вызывает ряд этических и юридических вопросов, связанных с добровольной конфиденциальностью. Биоэтики обсуждают многие из этих вопросов в совокупности с генотипированием или анализом индивидуального набора генов.

Томография мозга и генотипирование похожи тем, что оба предусматривают меры, которые могут предприниматься для одной поставленной задачи, а использоваться для другой, либо одновременно. Однако, мозг причинно ближе, чем гены к поведенческо-ожидаемым результатам исследования и может поэтому, более психологически показателен. Кроме того, в отличие от генов, которые

могут передавать только наследственные черты, томография мозга может передавать информацию о психологическом состоянии, включая состояния предпочтения определенного политического кандидата или намеренного обмана кого-то.

Очевидно, что томография мозга станет отправной точкой в ряде серьезных проблем, связанных с сохранением права на частную жизнь, однако эти проблемы не будут качественно отличаться от других в области генетики, психологии и информационных технологий. Считывание эмоций и мотиваций в нейромаркетинге, обнаружение сокрытой информации на детекторе лжи являются теми технологиями, которые обеспечивают довольно специфический тип информации, а не «читают мысли» вообще, поскольку востребованы каждый в своей профессиональной сфере. Их информация носит точечный характер, нежели результаты традиционных поведенческих методов, но этот факт не должен настраивать на то, что их не будут применять для достижения корыстных целей и подавления воли человека.

Наиболее значимая угроза в применении томографии мозга может состоять в нарушении добровольной конфиденциальности, поскольку информация, полученная по средствам сканирования мозга, может быть предоставлена отдельным лицам и обществу, которые будут решать в частном порядке, как воспользоваться полученной информацией. Например, томография мозга способна выявить бессознательные расовые предубеждения у потенциальных присяжных заседателей, как об этом говорилось ранее, которые не связаны с вопросом отбора, но суды могут использовать такую информацию при лоббировании своих личных интересов по конкретному делу.

Безопасность нейротехнологий

Безопасность является беспокойством, которое имеет решающее значение для оценки этических, правовых и социальных последствий любых нейротехнологий, будь то психофармакологическая стимуляция мозга или МРТ с высокой напряженностью магнитного поля. Наряду с проблемами конфиденциальности, существуют прецеденты, которые связаны с обеспечением безопасности должным образом. Методологии, направленные на оценку риска и определение соотношений риска и пользы уже разработаны и используются для широкого спектра лекарств и процедур в рамках клинической неврологии и в других областях медицины. Это включает в себя лекарственные препараты и процедуры, предназначенные исключительно для расширения технических возможностей.

Большинство людей считают целесообразно уделять больше внимания усовершенствованию безопасности, чем лечению. В плане выбора соотношения риск-польза оказываются более приоритетны методы, направленные на получение прибыли, чем на усовершенствование; ценность возвращения кому-то здоровья превалирует над поддержанием здоровья здоровых людей. Пока что еще малоизвестно о степени безопасности использования нейропсихиатрических препаратов или нейротехнологий воздействия на человека. Также малоизвестно и об отдаленных последствиях, эффективном функционировании и средствах безопасности многих нейропсихических методов и фактов, касающихся их эффективности в пределах нормы, здоровье субъектов обычно оценивается ранним, краткосрочным клиническим обследованием.

В последнее время нейротика уделяется особое внимание усовершенствованию безопасности, и это вполне заслуженно. Особое беспокойство вызывают риски, связанные с применением стимуляторов, включая сердечный приступ, психоз и привыкание. Всегда возникает вопрос о том, как соотнести безопасность с потенциальными выгодами, а методы оценки безопасности по существу одинаковы, независимо от того, идет ли речь о когнитивном усовершенствовании или косметологической хирургии.

Принцип справедливости при объективной оценке умственных способностей

Вопросы конкуренции и объективности возникают в основном в связи с усовершенствованием, как умственной способностью обладающей внутренней ценностью по праву, но также по статусу, значение ценности которого определяется отношением к ценности других. В конкурентных ситуациях, от вступительных экзаменов в колледж до чемпионатов по шахматам, усовершенствования мозговой активности может дать незаслуженное преимущество. Кто хочет продолжить манипуляции с усовершенствованием мозговой активности, должен согласиться признать справедливым высокий пропускной вступительный балл, поскольку оценка отражает уровень способностей и знаний личности, которыми он/она реально обладают. Если использовать временно «усилитель» только для увеличения проходных баллов, а затем прекратить, в этом случае, безусловно, было бы нарушение принципа справедливости, который заложен в основу любой конкурсной борьбы при прохождении вступительных экзаменов.

Другой пример, когда нейротехнологии могут нарушить принцип справедливости, связан социально-экономическим неравенством

вом. Усовершенствование мозговой активности до сих пор доступно лишь состоятельным членам общества и определенным профессиональным группам, которые имеют свободный доступ к информации. В мире, где базовые услуги здравоохранения, образования и личная безопасность не могут быть гарантированы всем, кажется маловероятным, что усилители мозговой активности будут доступны всем.

Наконец, в то время как технологии по усовершенствованию мозговой активности могут быть полезны для всех пользователей, недоступность их применения для всех граждан, ставит их в невыгодное положение. Взять, например, ситуацию, когда один работник, используя модафинил, постоянно продлевает часы работы без намека на усталость, его коллега, который не принимает этот препарат, почувствует давление со стороны начальника, поскольку последний не сможет быть столь же продуктивным, как его коллега.

Соблюдение принципа автономии личности при манипуляции с мозгом

Принуждение начальником использовать усовершенствование мозговой активности не нарушает автономия личности, поскольку субъект имеет свободу выбора. Так может поступить представитель любой профессии, которая не связана с деонтологией. Как только речь начинает идти о долге, сильнейшим аргументом выступает особая ответственность перед обществом, когда профессионал должен всецело посвятить себя профессии. Годность к военной службе может зависеть от применения психофармакологии. С чисто логической точки зрения, достаточно высокая польза обществу должна морально оправдывать длительное бодрствование пилотов или ловкость рук хирургов. Однако многие испытывают тревожное чувство, когда происходит нарушение автономии личности в таких случаях.

Подобно вынужденному усилению криминальных структур в совершенствовании личных свойств, силы духа и самоконтроля для контроля над обществом, данная дилемма раскрывает компромисс между потенциально-желаемыми результатами и очевидным ущемлением автономии личности. Если подобные методы позволяли адоптировать подобные нарушения и одновременно защищать общество от принуждения, то в «выгоде» остались бы все. Последствия от использования технологий психофармакологии представляют собой относительно новый вид нарушений прав человека, конкретно автономии личности. Преступления влекут за собой арест, который касается, в основном, физического ограничения, наруше-

ния за манипуляцию с мозгом ограничились бы наказанием – мыслить, чувствовать и реагировать, как обычные люди.

Методологические и эпистемологические проблемы

Оптимизм по поводу целесообразности прикладной нейронауки должен соотноситься не только с методологическими и эпистемологическими проблемами, но и с этическими проблемами. Например, результаты исследований функциональной визуализации можно получить в сложно-структурированных лабораторных условиях с участием молодых, здоровых и сознательных добровольцев, обычно студентов колледжей/институтов. При анализе этих данных неизбежно приходится учитывать обширные и разнообразные влияния на восприятие, а эмоции содержат широкий спектр рисков. Эпистемологические проблемы возвращают нас к основным проблемам современной философии, начиная с Декарта: что такое субъективность, и как ее понять «извне»?

Что значит обмануть и почему возможен самообман? Может у нас быть моральная ответственность, если наше поведение обусловлено физиологическими свойствами мозга? Эти и другие вопросы появляются по мере развития нейронауки, исследование мозга человека наиболее сложная область науки, углубление в нее сулит появлением другим непредвиденных моральных дилемм.

НЛП – нейролингвистическое программирование

Это очень противоречивое направление в психологии, точнее в нейролингвистике. Более того, неочевидна для многих исследователей самостоятельность данного направления, поскольку оно стоит на применении определенных технологий, которые основаны на манипуляции с сознанием человека. НЛП применяется в рекламе, продажах, психотерапии, менеджменте, личном и корпоративном консультировании, пропаганде.

Основная область применения НЛП коммуникативная, т.е. при переговорах в бизнесе (сделки различного вида) или в повседневной ситуации (семенные конфликты или гендерные взаимоотношения); тренинг персонала компании; работа с деструктивным поведением, фобиями и возрастной регрессией (убеждения, примирения с объективной реальностью); выявление бессознательных феноменов (постгипнотическая суггестия); медитация и просветление; экстрасенсорное восприятие; моделирование чужого поведения.

Моральные проблемы в рекламе связаны не со всеми технологиями, в которых применяют НЛП. И так очевидно, что реклама является элементом манипуляции чужого сознания, направленная на достижения какой-то коммерческой цели. Вам этот товар даром

не нужен, но вы его приобретаете по неведомой вам причине. В чем ловушка? В технологии, которую применили на вас. Если вас пытаются привлечь «креативом» (приятным цветом, запахом, повторяющимся образом и пр.), у вас есть выбор, поддаться иллюзии или нет. А, если воздействуют на бессознательном уровне, шансов у вас практически нет. Степень воздействия значительно увеличивается, перекрывая информационный шум вокруг и создавая психологические предпосылки для принятия неосознанного решения в пользу какого-то приобретения или шага, поскольку большинство решений (о покупке) принимается на бессознательном уровне механизмов психики.

НЛП использует приемы, которые являются аморальными в общественной и профессиональной среде.

- Использование двойных стандартов/смыслов, двойных значений слов, в переговорах или в рекламе, чтобы обмануть оппонента и добиться нужной цели.

- Синестезия, т.е. смешение разных чувств восприятия. Манипуляция сознанием, когда одно подстроенное восприятие бессознательно тенет другое, которое не должно включаться при данных обстоятельствах. Использование последовательность модальности в нужной комбинации. Вам не приятен этот человек, но при манипуляции вашим сознанием, вы, сами того не осознавая, вдруг проникаетесь симпатией к нему.

- Формирование общественного мнения способами отвлечения от реальности, входя в доверие к оппоненту через приемы, прописанные Карнеги. Используются такие приемы на клиентах, при тренинге персонала, в рекламе и в политике.

4. КОНТРОЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ

4.1. Перечень контрольных вопросов и заданий для самостоятельной работы

1. Этика, мораль, нравственность. История происхождения терминов и их смысл.

2. Рождение этического знания (дискурса): Сократ. Общая характеристика.

3. Диалог Платона «Критон». Основные проблемы и способы их разрешения.

4. Диалог Платона «Критон». Конфликт интерпретаций: аргументы Критона и аргументы Сократа.

5. Диалог Платона «Апология Сократа». Основные идеи.

6. Типы этического дискурса в диалогах Платона.
7. Условия этического дискурса.
8. Клятва Гиппократова. Основные положения и их связь с традициями этического дискурса Древней Греции.
9. История этики и современность. Клятва Гиппократова и Клятва российского врача: сходство и различие.
10. Нюрнбергский кодекс. История вопроса и основные положения кодекса.
11. Хельсинкская декларация.
12. Историко-культурные условия появления новой междисциплинарной области знания – биоэтики.
13. Врач и пациент, исследователь и испытуемый: базовые документы, регламентирующие их взаимоотношения.
14. Гиппократова традиция медицинской этики.
15. Биомедицинские эксперименты на людях (ОГПУ, МГБ, КГБ, Нюрнберг).
16. Междисциплинарный характер биоэтики.
17. Деятельность этических комитетов в медицинской практике и исследовательской деятельности.
18. Ситуация морального выбора с точки зрения биоэтики.
19. Патернализм в медицине.
20. Понятие и обязательство милосердия в медицине.
21. Принцип конфиденциальности и правдивости в медицине.
22. Обязательство хранить тайну.
23. Конфиденциальность и ее пределы.
24. Понятие ятрогений.
25. Эволюция медицинских представлений жизни и смерти.
26. Понятия «биологическая смерть», «клиническая смерть», «смерть мозга».
27. Дискуссия по поводу «права пациента на смерть».
28. Этические проблемы паллиативного лечения.
29. Проблема моральности самоубийства.
30. Отношение к аборту в истории традиционной медицинской этики.
31. Границы репродуктивной свободы.
32. Предупреждение коммерциализации в применении новых репродуктивных технологий.
33. Проблемы международного сотрудничества в трансплантологии.
34. История евгеники

35. Моральная и профессиональная ответственность врача-генетика как консультанта и эксперта.
36. Право на отказ от участия в эксперименте.
37. Этика пользователей результатами биомедицинских исследований.
38. Предмет биомедицинской этики
39. Традиция медицинской этики Парацельса.
40. «Нюрнбергский кодекс»
41. Формирование биоэтики как социального института.
42. Биоэтика как форма защиты личности врача.
43. Принцип уважения автономии личности: биомедицинский аспект.
44. Право пациента на отказ от лечения.
45. Методы и оценки легитимности риска в медицине.
46. Право на правду.
47. Понятие «естественного секрета» в медицине.
48. Отношения «врач-пациент» – этический аспект.
49. Основные модели взаимоотношений «врач-пациент».
50. Отношение к умирающему в традиционной медицинской этике.
51. Проблема комплексного критерия жизни и смерти.
52. Виды эвтаназии.
53. Хоспис – альтернатива активной эвтаназии.
54. Жизнеподдерживающее лечение и суицид.
55. История российского абортного законодательства.
56. Религиозно – теологический аспект использования контрацепции и стерилизации.
57. Краткая история развития трансплантологии.
58. Этико-правовые аспекты экспорта и импорта донорских органов.
59. Проблема этического регулирования применения методов генетического контроля.
60. Юридическая база использования методов генетического контроля в России и за рубежом.
61. Этические проблемы экспериментов над эмбрионами

4.2. Темы рефератов и курсовых работ

Методические указания по написанию курсовой работы, доклада и реферата и требования к презентации

Курсовая работа или реферат может выполняться студентом на заключительном этапе изучения курса «Биоэтика» по специальности СВ.5043.2014 «Прикладная этика» (№ 033700) в ходе, которого он должен применить полученные знания и умения при решении комплексных задач, связанных со сферой своей профессиональной деятельности. Выполнение курсовых работ, является частью основной профессиональной образовательной программы.

Курсовая работа или реферат студента может стать составной частью, дополнительным и иллюстративным материалом для выпускной квалификационной работы по своему направлению.

Выполнение студентом курсовой работы по дисциплине проводится с целью:

- систематизации и закрепления полученных теоретических знаний и практических умений по курсу «профессиональная этика и этикет»;
- углубления теоретических знаний в соответствии с заданной темой, связанной с направлением «биоэтики» и «биомедицинской этики»;
- формирования умения применять теоретические знания при решении поставленных профессиональных задач;
- развития творческой инициативы, самостоятельности, ответственности и организованности;
- подготовки к итоговой государственной аттестации;
- творческий анализ сквозных тем;
- применение методов типологического анализа;
- сопоставление изложений результатов исследования других авторов с собственными экспликациями и непосредственными усмотрениями, на проведение самостоятельных исследований и анализов;
- формирования умения использовать справочную, нормативную и декларативную документацию.

В процессе курсового проектирования студент должен приобрести и закрепить навыки:

- систематизации, обобщения и анализа фактического материала по изучаемой проблеме;
- работа с кейсами;
- работы со специальной литературой фундаментального и прикладного характера;
- обоснования выводов и предложений по совершенствованию рассматриваемого вопроса.

Курсовая работа или реферат по данному курсу является индивидуальной, самостоятельно выполненной работой студента.

Выполнение курсовой работы предполагает консультационную помощь со стороны преподавателя и творческий подход студентом к раскрытию темы курсовой работы или реферата. Курсовая работа или реферат выполняется и защищается в сроки, определенные учебным графиком.

Тематика курсовой работы или реферата определяется программой дисциплины. Конкретная тематика курсовых работ или рефератов должна отвечать следующим требованиям:

- соответствовать задачам подготовки специалистов;
- учитывать направления и проблематику современных научных исследований;
- приобщать студентов к работе над проблемами, которые исследуют отдельные преподаватели и коллектив методической комиссии в целом;
- учитывать разнообразие интересов студентов в области теории и практики по избранной специальности.

Темы курсовых работ могут определяться разными способами:

1. Преподаватель определяет тему курсовой работы (проекта) студента.
2. Студент сам выбирает тему, соответствующую его интересам, предварительно согласовав ее с руководителем курсовой работы.

При выборе темы необходимо учитывать, в какой мере разрабатываемые вопросы актуальны для работодателя, обеспечены исходными данными, литературными источниками, соответствуют индивидуальным способностям и интересам студента.

Не допускаются названия тем, которые не отвечают содержанию работы, скаченные полностью из интернета, плагиат, отсутствие ссылок на использованные источники и авторов, использование ненаучного стиля и лексики, не отвечающей нормам написания подобных работ, оценочных характеристик, которые могут быть неверно истолкованы.

Курсовые работы, рефераты бывают в письменной и устной форме. Требования к этим формам речи в чем-то совпадают, но и есть различия. Однако основой письменной и устной речи является литературная речь. Она выступает, как ведущая форма существования русского языка, рассчитанная на сознательный подход к системе средств общения, при котором осуществляется ориентация на определенные нормированные образцы. Литературный язык закреп-

пляет формы образцовой речи, которые можно найти в различных словарях, учебниках и т.д. На основе литературного языка создаются научные и публицистические произведения, деловая литература (письма, документы и пр.). Неудачи студентов в использовании устной или письменной речи при создании курсовых работ или рефератов заключается в отсутствии знаний культуры литературной речи. Обычно, это происходит из-за слабой приобщенности студента к чтению русской и зарубежной классики, просмотру известных экранизаций, общению с образованными и интеллигентными людьми. Ориентировка студента на самоанализ, при исправлении данных недочетов и пробелов в культурном воспитании, крайне важна. Указания на эти погрешности очень часто вызывают недопонимание и обиду со стороны студентов, поэтому к данному аспекту необходимо подходить крайне деликатно. Преодоление проблем необходимо сочетать с вовлечением таких студентов в круг интересов людей науки и культуры.

Устная речь и подготовка презентации. В подготовке доклада или устной части презентации необходимо учитывать все аспекты устной речи: интонацию, интенсивность речи, длительность, тембр речи и произношения, смысловые ударения, четкость произношения, необходимость в паузах. Учет этих аспектов поможет создать правильное восприятие информации у слушателя и поможет ему оценить ваш уровень знаний в данной области и качество подготовки к данному заданию. Восприятие устной речи не возможно без мимики и жестов. Они способствуют повышению смысловой значимости и эмоциональной насыщенности речи. Если рассчитывать только на знание теоретического вопроса и не подготовить речь заранее, то доклад будет в форме неподготовленной устной речи, которой свойственны: не плавность, фрагментарность, деление единого предложения на несколько коммуникативно-самостоятельных единиц и т.д. Несмотря на самоконтроль со стороны докладчика, официальная обстановка может давить психологически, что приводит обычно к типичным ошибкам: потере логики повествования, связанности речи, правильности подбора лексических единиц и пр.

Поскольку устная речь, как и письменная, нормируемая и регламентируемая, то необходимо соблюдать определенные правила при ее подготовке. В ее основе будет лежать монолог, поскольку речь будет направлена на передачу информации слушателям виде зашифрованного кода. Цель высказывания может быть информационной, убеждающей и побуждающей. Обычно, монолог стремится к смешанной форме, где используются все три или две цели высказы-

вания. Основной акцент докладчик выбирает сам. Презентация оказывается испытанным средством, чтобы привлечь внимание визуальным рядом слушателя любого уровня, а также создать необходимый настрой аудитории для успешной подачи материала и получить высокую оценку своей деятельности. Это профессиональный инструмент. При создании доклада для презентации и самой презентации необходимо соблюдать следующие требования:

- Сжатость и компактность изложения (максимум 1,5 стр. А4), экономичное использование языковых средств;
- Стандартное расположение материала (цели, задачи, новизна и т.д.), употребление установленных нормативов;
- Широкое применение и использование научной терминологии, подбор научной лексики и официальной фразеологии, включение в текст аббревиатур с расшифровкой и т.д.;
- Употребление безличных конструкций (согласно имеющимся данным..., необходимо провести анализ, чтобы...), отглагольных существительных и отыменных предлогов (на основании, в соответствии, в целях), сложных союзов (ввиду того, что, в связи с тем, что), устойчивых словосочетаний (на том основании, что..., тот факт, что ...);
- Повествовательный характер изложения, использование нормативных предложений с перечислением;
- Прямой порядок слов в предложении;
- Полное отсутствие эмоционально-экспрессивных речевых средств;
- Слабая индивидуализация стиля.

Темы рефератов

1. Модели взаимоотношений – врач-пациент: особенности применения на практике.
2. Право врача на эксперимент с участием человека.
3. Назначение и роль этических комитетов.
4. Исторические предпосылки к появлению этических комитетов.
5. Несовпадение правовых и моральных норм в биоэтике.
6. Хосписы – альтернатива эвтаназии?
7. Клятва Гиппократа и современная врачебная практика: основные противоречия.
8. Значение Нюрнбергского кодекса в защите прав испытуемых. Основные классификации групп. Основные проблемы современности.

9. Проблема суицида: морально-психологический аспект.

Примерные темы для выполнения письменной работы

1. Биомедицинская этика в системе прикладной этики.
2. Предмет биоэтики, чем она отличается от медицинской и биомедицинской этики
3. Преломление общечеловеческих ценностей через призму проблем в биомедицинской этике.
4. Свобода и ответственность в профессиональной деятельности врача.
5. Врачебная ошибка.
6. Профессиональный долг врача и медработника.
7. Проблема жизни и смерти в биомедицинской этике
8. Морально-правовые нормы в прикладных аспектах биоэтики.
9. Применение этического дискурса в аналитическом подходе к изучению аспектов биомедицинской этики
10. Биомедицинская этика в системе прикладной этики.
11. Предмет биоэтики, чем она отличается от медицинской и биомедицинской этики
12. Преломление общечеловеческих ценностей через призму проблем в биомедицинской этике.
13. Свобода и ответственность в профессиональной деятельности врача.
14. Врачебная ошибка.
15. Профессиональный долг врача и медработника.
16. Проблема жизни и смерти в биомедицинской этике
17. Морально-правовые нормы в прикладных аспектах биоэтики.
18. Применение этического дискурса в аналитическом подходе к изучению аспектов биомедицинской этики

4.3. Примерный перечень вопросов к зачету по всему курсу

1. Модели взаимоотношений – врач-пациент: особенности применения на практике.
2. Право врача на эксперимент с участием человека.
3. Назначение и роль этических комитетов.
4. Исторические предпосылки к появлению этических комитетов.
5. Несовпадение правовых и моральных норм в биоэтике.
6. Хосписы – альтернатива эвтаназии?

7. Клятва Гиппократата и современная врачебная практика: основные противоречия.

8. Значение Нюрнбергского кодекса в защите прав испытуемых. Основные классификации групп. Основные проблемы современности.

9. Проблема суицида: морально-психологический аспект.

10. Основные правозащитные документы, применяемые в био-медицинской этике.

11. Клятва Гиппократата: исторический, философский, культурный дискурс.

12. Основы макро и микро этики в системе здравоохранения.

13. Этические принципы системы здравоохранения.

14. Решение конфликтов этическими комитетами и комиссиями.

15. Личность врача: деонтологические принципы.

16. Врачебная ошибка.

17. Информированное согласие.

18. Конфиденциальность.

19. Ятрогения и ятропотогения.

20. Лечение как эксперимент.

21. Страдание и сострадание.

5. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ КУРСА

Рекомендуемая литература

Основная

1. *Иванюшкин А. Я.* Биоэтика. Вопросы и ответы. М., 2005.
2. *Коновалова Л. В.* Прикладная этика. Вып. 1. Биоэтика и экоэтика. М., 1998.
3. *Хрусталеv Ю. М.* От этики до биоэтики: учебник для вузов. Ростов, 2010.
4. *Мишаткина Т. В., Бражникова З. В.* Этика: учеб. пособие. Минск, 2006.

Дополнительная

1. *Сергеев В. В.* и др. Биоэтика: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальностям высшего профессионального образования группы «Здравоохранение» / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

2. *Яскевич Я. С., Юдин Б. Г., Денисов С. Д.* и др. Биоэтика. Междисциплинарные стратегии и приоритеты: Учебно-методическое пособие / ред. Я. С. Яскевич. Минск: БГЭУ, 2007.
3. *Балалыкин Д. А., Киселёв А. С.* История и современные вопросы развития биоэтики: Учебное пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
4. *Кюблер-Росс Э. О.* О смерти и умирании. София, 2001.
5. *Макианов И. Я.* Врачебная деонтология: учеб. пособие. Минск, 1998.
6. *Орлов А. Н.* Основы клинической биоэтики. Красноярск, 2000.
7. *Павлова Т. Н.* Биоэтика в высшей школе. М., 1998.
8. *Поттер В. Р.* Биоэтика. Мост в будущее. Киев, 2002.
9. *Сгречча Э.* Биоэтика: учебн. пособие. М., 2002.
10. *Тищенко П. Д.* Био-власть в эпоху биотехнологий. М., 2001.
11. *Юдин Б. Г.* Наука и жизнь в контексте современных технологий // Человек. 2005. № 6.
12. *Aboeela S. W., Larson E., Bakken S., Carrasquillo O., Formicola A., Glied S. A., Haas J., Gebbie K. M.* Defining interdisciplinary research: Conclusions from a critical review of the literature. Health Services Research. 2007; 42. P. 329–346.
13. *Arnason V.* Sensible discussion in bioethics: Reflections on interdisciplinary research // Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. 2005; 14. P. 322–328.
14. *Azevêdo E. S.* Interdisciplinary bioethics on the crossroad of research methods // Eubios Journal of Asian and International Bioethics. 2007; 17. P. 34–35.
15. *Beauchamp T. L., Childress J. F.* Principles of Biomedical Ethics. 6th ed. Oxford: Oxford University Press, 2008.
16. *Brody H.* The Future of Bioethics. Oxford: Oxford University Press, 2009.
17. *Christ S. E., Van Essen D. C.* et al. The contributions of prefrontal cortex and executive control to deception: evidence from activation likelihood estimate meta-analyses // Cerebral Cortex, 2009. P. 1557–1566.
18. *Coggon J.* On method and resolution in philosophical bioethics. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. 2011; 20. P. 159–163.
19. *De Lange M. C.* Exploring interdisciplinarity: A theoretical consideration of bioethics at the interface between theology, philosophy and life sciences // The Journal for Transdisciplinary Research in Southern Africa. 2009; 5. P. 190–216.

20. *Dunn M. C., Gurtin-Broadbent Z., Wheeler J. R., Ives J.* Jack of All Trades, master of none? Challenges facing junior academic researchers in bioethics // *Journal of Clinical Ethics*. 2008; 3. P. 160–163.
21. *Durante C.* Bioethics in a pluralistic society: Bioethical methodology in lieu of moral diversity // *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2009; 12. P. 35–47.
22. *Farah M. J.* Chapter 5. Neuroethics: An Introduction with Readings. Cambridge: MIT Press, 2010.
23. *Farah M. J.* Neuroscience and neuroethics in the 21st Century // *The Oxford Handbook of Neuroethics* / J. Illes & B.J. Sahakian (eds.). Oxford University Press, 2011.
24. *Gross M.* Medicalized Weapons and Modern War // *The Hastings Center Report*. 2010; 40(1). P. 34–43.
25. *Ives J.* Encounters with Experience: Empirical bioethics and the future // *Health Care Analysis*. 2008; 16. P. 1–6.
26. *Langleben D. D., Loughhead J. W.* et al. Reduced prefrontal and temporal processing and recall of high “sensation value” // *Neuroimage*, 2009; 46(1). P. 219–225.
27. *Luber B., Fisher C.* et al. Non-invasive brain stimulation in the detection of deception: scientific challenges and ethical consequences // *Behavioral Science Law*. 2009; 27(2). P. 191–208.
28. *Master Z.* The responsible conduct of bioethics research // *Accountability in Research*. 2011; 18. P. 102–119.
29. *Moran J.* *Interdisciplinarity*. New York: Routledge, 2010.
30. *Transdisciplinarity: Theory and Practice* / Nicolescu B. (ed.) New York: Hampton Press, 2008.
31. *Shen F. X., Jones O. D.* Flipping the culpability coin: Where the model penal code fails defendants // *New York University Law Review*, 2011; 86.
32. *Strober M. H.* *Interdisciplinary Conversations: Challenging Habits of Thought*. Stanford: Stanford University Press, 2011.
33. *Methods in Medical Ethics* / Sugarman J., Sulmasy D. P. (eds.). Washington: Georgetown University Press, 2010.
34. *Sulmasy D. P.* Reading the medical ethics literature: A discourse on method // *Methods in Medical Ethics* / Sugarman J., Sulmasy D. P. (eds.). Washington: Georgetown University Press, 2010. P. 315–328.
35. *Thompson Klein J.* A taxonomy of interdisciplinarity // *The Oxford Handbook of Interdisciplinarity* / Frodeman R., Thompson Klein J., Mitcham C. (eds.). Oxford: Oxford University Press, 2010. P. 15–30.

36. *Turner L.* Does bioethics exist? // *Journal of Medical Ethics.* 2009; 35. P. 778–780.
37. *Williamson L.* The quality of bioethics debate: Implications for clinical ethics committees // *Journal of Medical Ethics.* 2008; 34. P. 357–360.

Перечень иных информационных источников

1. Электронная библиотека философского портала:
www.philosophy.ru.
2. Цифровая библиотека по философии: <http://filosof.historic.ru>.
3. Библиотека образовательного ресурсного центра «Этика» ИФ РАН: http://iph.ras.ru/ethics_center.htm.
4. Журнал «Человек».
5. <http://www.strana-oz.ru/?numid=23&article=1043>.
6. <http://www.lusarealty.ru/lang.php>.
7. <http://www.abc.net.au/religion/articles/2013/05/24/3766685.htm>.
8. <http://euthanasia.procon.org/view.resource.php?resourceID=000126>.
9. http://grisham.newsvine.com/_news/2012/01/11/10104808-euthanasia-and-religionhttp
10. <http://www.sanjuan.edu/webpages/kgonzalez/files/pros%20and%20cons%20of%20euthanasia.pdf>.
11. <http://www.bioethics.ac.uk/news/progress-in-bioethics-science-policy-and-politics.php>.
12. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3413904/>
13. <http://www.encyclopedia.com/searchresults.aspx?q=p.%2bkempeT.Л.Бошамп>.
14. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Beauchamp%20TL%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=14577460.

Учебно-методическое пособие

Ковалева Татьяна Викторовна

Биоэтика

Подписано в печать 09.12. 2015 Формат 60x84 1/16.
5,4 печ. л. Тираж 100 экз.

ООО «Издательство СпецЛит»
190103, Санкт-Петербург, 10-я Красноармейская ул., д. 15