

ЭЙТНАЗИЯ

*Тематический сборник
по материалам слушаний 1995-97 гг.
постоянно действующего симпозиума
“Человек и христианское
мировоззрение”*

Симферополь
1997

ЭЙТАНАЗИЯ. Тематический сборник по материалам слушаний 1995-97 гг. постоянно действующего симпозиума *“Человек и христианское мировоззрение”*.— Симферополь: Крымско-Американский Колледж, 1997.— 60 с.

© 1997 Крымско-Американский Колледж.

При воспроизведении, сохранении в системах информационного поиска или передаче в каком бы то ни было виде какими бы то ни было способом — механическим, электронным, фотокопировальным или любым другим — какой-либо из частей этой книги ссылка на источник обязательна.

Крымско-Американский Колледж.
Симферополь, ул. Московская 12

Эйтаназия

Кеннет В. Кемп

Кафедра философии университета Св. Фомы
Сент-Пол, Миннесота, США
Перевод Кузнецовой Ю.

Сама идея эйтаназии зародилась давно. Но со времен Гиппократа и до наших дней традиционная врачебная этика включает в себя запрет: “Я никому, даже если кто-то просит, не дам вызывающее смерть лекарство, и не предложу подобного”. С недавнего времени, однако, у врачей все чаще и чаще появляется желание прибегнуть к этой практике, по крайней мере тогда, когда пациент сам просит о смерти. Как нам следует относиться к этой тенденции? Как к освобождению от устаревших запретов — или как к разрешению, которое одновременно неверно с моральной точки зрения и опасно на практике?

1. Определения, различия и общепринятое разрешение.

Давайте начнем с некоторых определений и пояснений. Этимологически термин “эйтаназия” происходит из концепции безболезненной смерти, но сам термин стал означать не столько “легкую” смерть саму по себе, сколько ее причину. “Эйтаназия” можно определить как “умерщвление другого человеческого существа для предполагаемой пользы умерщвляемого с его согласия (“добровольная эйтаназия”) или без согласия, или даже против воли человека (“недобровольная” и “принудительная эйтаназия”). Под “умерщвлением” я понимаю действие или упущение, выбранные с целью умерщвления человека, независимо от того, оказывалось при этом прямое воздействие или нет.

Согласно этому определению, типичные случаи самоубийства, при которых врач, оказывает помощь, не в меньшей степени, чем сделанный врачом смертельный укол, представляют примеры эйтаназии, потому что направлены к одной цели — смерти пациента. Однако если подобное самоубийство допустимо, трудно увидеть какой-либо нравственный аргумент против активной добровольной эйтаназии. Конечно, возможно имеются практические мотивы для их различия, и тут возникает два вопроса — моральный вопрос (“Что можно сказать о характере человека, совершающего подобные действия?”) и юридический вопрос (“Должны ли подобные действия быть запрещены законом?”). Св. Фома утверждает, что “в общем, человеческий закон должен основываться на законе морали — запрещение людям делать то, что не является для них злом, — не законодательство, а тиранство”. “Но, — продолжает он, — мораль и законность не тождественны”. Иногда то, что с точки зрения морали плохо, не следует запрещать законом. Существует ограничение

в том, что государство может запретить делать. В то же время то, что допускает мораль, может быть запрещено законом, поскольку временами для общественного блага нам приходится отказываться даже от своих прав. Например, в Америке закон о занятости в настоящее время включает в себя положения, которые, хотя и с трудом вписываются в понятие равенства при устройстве на работу, защищены на том основании, что просто необходимы как гарантия получения хорошей работы женщинами и чернокожими.

Оба эти подхода приложимы при обсуждении эйтаназии. Некоторые утверждают, что, хотя эйтаназия и является immoralной, ее не следует запрещать в законодательном порядке. Два довода, которые обычно приводят в качестве аргументов против применения уголовных санкций: во-первых, слишком высокие затраты на претворение этих санкций в жизнь, и во-вторых, перспектива непослушания настолько широка, что она уже подрывает общее уважение к закону — по-видимому, в данном случае не применимы.

Другие утверждают, что, хотя не во всех случаях эйтаназия неправомерна, она не должна быть разрешена законом. Один из вариантов этого аргумента утверждает, что эйтаназия нравственно допустима только в исключительных случаях, но даже там ее следует запретить, так как этой практикой можно легко злоупотребить и легализация эйтаназии принесет больше вреда, чем добра. Другой вариант гласит, что легализация ставит пожилых людей в затруднительное положение выбора: либо продолжать жить, либо, умерев, уйти с дороги — положение, в которое никого нельзя ставить.

Более общим является заявление, что эйтаназия морально допустима, и поэтому она должна быть узаконена, но только для исключительных случаев. Недавние законодательные начинания в тех юрисдикциях, где происходит определенное движение к толерантности, эйтаназия разрешается только в исключительных случаях.

Вот три территории, на которых действует это разрешение, — Нидерланды, Орегон и Северная Территория Австралии. Только в Северной Территории Австралии активная эйтаназия официально разрешена законом. В Орегоне (законодательным актом) и в некоторых частях Соединенных Штатов (решениями Апелляционных Судов Второго и Девятого Округов, лишаящими силы установленные законом запреты) врач может выписывать пациенту, но не давать сам, вызывающие смерть препараты. В Нидерландах самоубийство, в котором оказывает содействие врач, и активная (добровольная) эйтаназия запрещены законодательным актом, но разрешены на практике. Как было заявлено в суде, врач, убивший (или способствовавший в самоубийстве) своего пациента при особых обстоятельствах, не признается виновным. Этими законами и политикой установлены три положения: (1) эйтаназия должна быть

добровольной, (2) только врач может оказывать помощь или осуществлять эйтаназия, и (3) неудовлетворительное с медицинской точки зрения состояние пациента. (Естественно, на каждой территории есть свой вариант процессуальных гарантий против злоупотребления этим правом.)

Из этих случаев, так же как из политической агитации в поддержку эйтаназии и из аргументов ее философски настроенных защитников, можно извлечь так называемое “общепринятое разрешение на эйтаназия” — врач может привести в действие добровольную эйтаназия или оказывать помощь в самоубийстве пациенту, находящемуся в безнадежном положении (в случае страданий, унижительного положения или неминуемой смерти).

2. Основной довод против эйтаназии: первое возражение и ответные доводы.

Почему кто-то думает, что практикование эйтаназии допустимо для врача? Вероятно, ответ на этот вопрос следует начать с рассмотрения возражений к аргументу против эйтаназии. Этот аргумент вкратце звучит так:

Намеренное умерщвление невинного всегда является нравственным злом. Эйтаназия — намеренное умерщвление невинного человека. Значит с точки зрения морали эйтаназия — зло.

Малая предпосылка этого умозаключения вряд ли подлежит дискуссии. Она прямо вытекает из определения, данного в разделе 1. Борьба будет происходить вокруг большой предпосылки. Доводы в пользу эйтаназии можно было бы начать с замечания, что хотя этот аргумент и основывается на этике абсолютных нравственных запретов, все же в его основе нет абсолютного нравственного запрета на умерщвление. Сторонники эйтаназии могут попробовать использовать тот факт, что вышеприведенный аргумент уже подразумевает различие между оправданными и неоправданными умерщвлениями (зачем еще говорить о “невинном человеке”) На каком основании делается подобное различие? Если некоторые виды умерщвлений оправданы, почему нельзя оправдать хотя бы некоторые случаи добровольной эйтаназии? Основанием различия оправданных и неоправданных умерщвлений является факт, что обыкновенное умерщвление неоправданны - они предполагают неподобающее обращение с людьми, Два вида убийства, которые принимаются даже самыми рьяными противниками эйтаназии, — самооборона и наказание. Ни один из них не является несправедливым; и тогда, по сути, ни один из них не является злом.

Можно ли рассматривать эйтаназия как третий вид оправданного убийства? Можно ли ее отнести к тем случаям, когда умерщвление справедливо? Можно попытаться привести аргумент в пользу того, что

эйтаназия выходит за рамки несправедливого умерщвления, на основании двух ключевых идей.

Первая — состояние некоторых людей таково, что лучше умереть, чем продолжать жить. Ярким примером этой ситуации являются те пациенты, которые страдают от сильных болей или обречены на жизнь в унижительной зависимости от других даже в удовлетворении самых элементарных нужд. Сюда, как выигрывающих от эйтаназии, часто включают смертельно больных и тех, кто находится в постоянном вегетативном состоянии. Втор — идея заключается в том, что оказание помощи кому-либо в улучшении его положения всегда нравственно допустимо. Если умерщвление улучшит чье-либо положение, и человек сам хочет, чтобы его лишили жизни, как подобное умерщвление может считаться причинением незаслуженного этим человеком вреда? Как можно считать этот акт несправедливым? Как вообще это может быть неправильно? И что же тогда является добровольной эйтаназией, если не это?

Возникают серьезные проблемы, особенно когда приводят этот довод для того, чтобы найти оправдание эйтаназии во всех случаях, входящих в общепринятое разрешение. Остается спросить, на самом ли деле улучшилось положение всех тех пациентов, и даже если это так, то является ли их умерщвление единственной альтернативой бездействию. Во-первых, неясно, как смертельно больные (как таковые, независимо от любых других особенностей их положения) и те, кто находится в вегетативном состоянии, выигрывают от своей ранней смерти. Во-вторых, можно задать вопрос, действительно ли желание умереть, которое выражают многие, задумываясь о перспективе зависимости от других в последние годы своей жизни, действительно основано на чувстве собственного достоинства (уважении к самому себе?), а не на ложной гордыне. В-третьих, всегда есть и другие способы избавления от боли. Однако к сказанному выше есть возражения более существенные нежели вопросы, поднятые в конце предыдущего абзаца. Предполагаемое исключение из общего запрета на умерщвление, допускающее добровольную эйтаназию, действительно отличается от исключений как смертная казнь и защита.

Отличие в следующем: исключение наказания и защиты позволяет государственным властям реагировать на действия (были ли они абсолютно сознательны или же сделаны по неведению), создающие напряжение между частным благом виновного или преступника и общественным мирным благом. Причиняемый преступнику вред (здесь — смерть) — необходимое средство достижения общественного блага. Из-за своих действий против общественного блага преступники теряют право на частное благо в той степени, которая необходима для восстановления общественного. Так как общественное благо — это и их благо тоже,

можно сказать, что их даже не вынуждают пожертвовать своим благом ради других. Скорее от них требуется оставить одно из своих благ ради чего-то, что для них является общим благом, хотя, умерев, лично они уже от этого ничего не выиграют. Или, поскольку справедливость требует от них возмещения, которым они восстанавливают нанесенный ими ущерб, акт отказа от свободы или даже жизни входит в их понятие жизни, которой руководят нравственные добродетели.

Ничего подобного нельзя сказать об эйтаназии. Здесь нет противоречия между благом страдающего, искалеченного или умирающего и общественным благом. Нет ни одного действия с их стороны, на основании которого их смерти(?) должны, или даже могут, быть объявлены расплатой за что-либо. Довод в защиту права умерщвлять тех, кто хочет быть умерщвленным, зависит не от лишения права на жизнь, а от права расстаться с ней, лишиться ее. Лишение и отчуждение — разные причины.

3. Основной довод против эйтаназии: второе возражение и ответные доводы.

Часто защитники эйтаназии настаивают на том, чтобы весь этот вопрос рассматривался с другой точки зрения. Например, они могут спросить, не является ли случай эйтаназии тем случаем, когда приходится выбирать из двух зол. Если одно хуже другого, что же плохого в выборе меньшего зла? Ответ на этот довод должен основываться на признании того, что сравнительные недостатки обеих перспектив — смерти и постоянного страдания — не должны прикрывать тот факт, что обе эти перспективы являются одинаково плохими. Защита в поддержку эйтаназии в первую очередь предполагает, что постоянное страдание — плохо.

Но смерть уже по своей природе является злом. Фома Аквинский правильно определил добродетель как полноту бытия. Добродетель в человеке и для человека — это обладание всей совокупностью человеческих возможностей — от питания, зрения и эмоций до разума.

Если смерть невинного и постоянное страдание являются злом, то выбор (и стремление к) одного из них означает стремиться к плохому. Выбор плохого действия равносильно выбору плохого результата. Поэтому, выбирая смерть (т.е. умерщвление, в противоположность простому примирению с тщетностью дальнейшего продления жизни и позволением смерти прийти), мы совершаем ошибку. Любой акт эйтаназии, как выбора смерти, попадает под этот запрет.

Можно привести три возражения попытке сохранить этот общепринятый довод. Во-первых, раз боль, связанная с продолжением жизни, — это также зло, то делает ли человек меньше зла, отказываясь осуществить эйтаназия (по просьбе), чем выполняя ее? Ответом будет: НЕТ.

Отказ прибегнуть к эйтаназии означает решение переносить боль; это не выбор самой боли. Так как боль сама по себе это плохо и причинение ее было бы злом, тогда то, что человек переносит боль, это хорошо. Это проявление силы духа. Естественно, не следует говорить, что избавление от боли это плохо, или же что терпеть эту боль в полной ее силе было бы лучше, чем облегчить. В вопросе выбора между эйтаназией или постоянным страданием наблюдается глубокая асимметрия, которая скрывается за подходом “из двух зол меньшее”.дин выбор, и только один, — причинять зло.

Во-вторых, являются ли тогда смертная казнь и смертельные меры защиты тоже выбором смерти? В случае с защитой не совсем все ясно. Возможно защищающийся намеревается только остановить агрессора, хотя использует при этом средства опасные для атакующего. В случае же со смертной казнью нет никакой неясности. Палач имеет вполне определенное намерение умертвить преступника. Но из-за своих преступлений преступник оказывается в весьма парадоксальном и уникальном положении. Вести добродетельную жизнь (а именно справедливую по отношению к самому себе) для него, и только для него, означает подчинить ее (жизнь), что является предварительным условием любой дальнейшей *intrinsically* полезной деятельности. Таким образом, только в этом случае подчинение жизни (или лишение ее, с согласия преступника или без него) не является актом.

В-третьих, правильно ли это с моральной точки зрения — выбирать меньшее из двух зол в ситуации, когда в перспективе только зло? Естественно, это не просто вопрос об эйтаназии, это вопрос об основных принципах теории долга. Следует ли судить поступки только по их последствиям или же в них самих есть та *intrinsic* природа, согласно которой они либо плохие, либо хорошие (злые или добрые, те, которые стоит выполнять, или те, которых следует избегать)? Большинство действий, которые квалифицируются *intrinsicists* как плохие уже по своей природе, — убийства и кражи, вождение автомобиля в нетрезвом виде, дезертирство во время военных действий — являются действиями с ярко выраженными плохими последствиями. Тем не менее мы не можем позволить этому факту закрыть факт наличия различий между теориями. Рамки этой работы не позволяют рассмотреть все данные в поддержку *intrinsicism* и в опровержение *consequentialism*.

На мой взгляд, против эйтаназии был приведен хороший довод, и был дан ответ на возражения относительно него. Эйтаназия всегда по своей природе является нравственным злом. У кого-то могут оставаться сомнения относительно истинности теории морали, которая лежит в основе моего доклада. Однако мне бы все-таки хотелось сосредоточить этот доклад на проблеме эйтаназии, чем обращаться к дискуссии о теории морали. В двух последующих разделах этого доклада будет

показано, что общепринятое разрешение на проведение эйтаназии крайне изменчиво. Ни одно из стандартных оправданий не сохраняет в целостности общепринятое разрешение. Каждое, в своей собственной манере, ведет к разрешениям вне скромных границ стандарта.

4. Аргумент сторонника теории о праве на самоуправление в пользу эйтаназии.

В основе наиболее общего довода в пользу общепринятого разрешения эйтаназии лежат принципы права на самоуправление, утверждение, что люди имеют право принимать свои собственные решения о действиях, которые влияют на них самих. Этот аргумент (теоретически) хорошо подготовлен, чтобы защитить общество, в котором имела бы место практика эйтаназии, от опасностей недобровольной или принудительной эйтаназии. К сожалению, аргументы, в основе которых лежит право на самоуправление, вряд ли подходят для объяснения двух других ограничений, содержащихся в общепринятом разрешении. Подобный аргумент оправдывает не только общепринятое разрешение на проведение эйтаназии, но и намного больше. Если принципы права на самоуправление допускают эйтаназия в упомянутых случаях, то почему же не допустить ее в других случаях?

Если вышеупомянутый довод правилен, то ни у кого нет морального права совершать самоубийство или же помогать кому-нибудь другому в этом. Однако я хочу обратить внимание на то, что защитники общепринятого разрешения должны обеспечивать не только достаточно сильную причину, чтобы обосновать подобное право, но и достаточно слабую, чтобы допустить множество других ожидающих своего часа случаев.

Что говорят о других видах боли и унижения принципы теории о праве на самоуправление? Как насчет моральных мучений? Как насчет унижения не в области ограниченной деятельности и зависимости, но вины или стыда?

Как принципы теории о праве на самоуправление, допускающие умерщвление во избежание физических мучений, запретят умерщвление, чтобы избежать мук депрессии? Конечно, иногда от депрессии можно избавиться, приняв соответствующие медикаменты. Но таким же способом можно избавиться и от физических мучений. Становятся ли некоторые обезболивающие средства неприемлемыми благодаря тому факту, что они вызывают общее успокоение? А что же сказать о том пациенте, который верит в то, что употребление меняющих настроение медикаментов, чтобы одержать верх над депрессией, является мрачным отголоском книги Хаксли *О, дивный новый мир*? Как принципы теории о праве на самоуправление, допускающие умерщвление во избежание унижения зависимости, запретят умерщвление, чтобы избежать мучений стыда? Существует ряд условий, затрудняющих или делающих неприят-

ным продолжение жизни. Неясно, на каком основании те, кто полагаются на принципы теории права на самоуправление, могут принимать решения (за других!) о том, что некоторые из этих проблем допускают выбор смерти, в то время как другие — нет.

Неясно, как те, кто взывают к принципам права на самоуправление, могут остановиться просто на этом. Почему принципы дают только одно право предпочесть смерть жизни с болью или унижением? Предположим, что молодой альтруист, представляя, сколько людей зависит от того, найдут ли донорский орган, решает тотчас же пожертвовать всеми своими органами. Сознательный альтруист, каким он является, отказывается от своего собственного счастья, понимая, что его дары станут долей в общей сумме счастья во всем мире. На каком основании ему могут отказать в праве сделать этот дар? Очевидно, самое необходимое во всех этих случаях — это утверждение о том, как одобренные обстоятельства (боль, ухудшающаяся болезнь) отличаются от неодобренных. В основе подобного аргумента лежат не принципы права на самоуправление, а некоторые другие принципы. Давайте обратимся к тому, что можно назвать “довод в защиту эйтаназии в безнадежной ситуации”.

5. Довод в защиту эйтаназии в безнадежной ситуации.

В чем убежден человек, если он начинает разговор с замечания о том, что положение некоторых больных настолько плохое, что для них смерть лучше, чем продление жизни, и что мы должны уважать просьбу умертвить их? Двумя путями можно подвести человека к добровольной, и, возможно, даже принудительной эйтаназии.

Первый путь коренится в вопросе: почему следует ограничивать такую быструю и милосердную смерть для тех, кто еще в состоянии просить о ней? Почему одним ее можно разрешить (кто был предусмотрительным и попросил о ней заранее или кто в состоянии просить о ней сейчас), но другим (кто оказался предусмотрителен тогда или кто не в состоянии это сделать сейчас) следует отказать в ней? Не станет ли отказ в таком важном милосердии ошибочным наказанием для тех, кто просто оказался недальновиден, чтобы позаботиться о будущем? От добровольной эйтаназии это ведет к недобровольной. Очевидно, подобная тенденция существует и в Нидерландах, где согласно *Remmelink Report* имели место 1000 случаев недобровольной эйтаназии по сравнению с 2700 добровольной. Решение Суда США Девятого Округа показывает ту же тенденцию, выдвигая на видное место доктрину подмененной/замененной справедливости.

Второй путь, подводящий к недобровольной или принудительной эйтаназии, проходит несколько иначе. Философ Маргарет Бэттин, ведущий защитник эйтаназии, защищает самоубийство в единичных

случаях, когда, как она утверждает, “оно оставляет число примеров деградации человека в этом мире на один меньше”. Если самоубийство недавно овдовевшей женщины, страдающей от глаукомы и рака, “оставляет число примеров деградации человека в этом мире на один меньше”, то как был бы воспринят отказ той женщины совершить самоубийство? Логичный ответ очевиден: в мире сохранился бы еще один пример человеческой деградации! Если единственным признаком деградации является нежелание умирать, каким еще может быть ответ? Конечно, этот вывод может быть совсем не то, что утверждает или даже думает Бэттин. Вопрос, однако, заключается не в том, что на самом деле думают современные сторонники эйтаназии, а в том, что люди, принимающие их взгляды, будут продолжать думать. Вопрос не в том, какие решения желают выбрать истинные толкователи положения, а в том, какие решения действительно следуют из принятого положения. Подобно гильотине, эйтаназия может попасть в руки людей менее человеческих, чем ее изобретатели. Автоматически возникает вопрос: если продолжение жизни в действительности хуже, чем смерть прямо сейчас, и умерщвление тех, кто считает это правильным, допустимо — почему колебание тех, кто не желает быть убитым, играет решающую роль? В конце концов, их состояние обычно влияет не на них одних. Какие беспокойства и эмоциональные страдания причинены родным, наблюдающим за их медленным ухудшением? Как насчет оплаты за лечение и за уход?

Существуют, на мой взгляд, хорошие аргументы против обращения к эйтаназии. Но если я не прав, если некоторые случаи эйтаназии допустимы — совершенно неясно, почему желание или нежелание пациента быть умерщвленным должно играть решающую роль в классификации случаев. Сторонник эйтаназии, берущий за основу довод, основанный на безнадежности ситуации, должен объяснить, почему аргумент не позволяет некоторые недобровольные или даже принудительные случаи так же, как добровольные случаи общепринятого разрешения.

6. Заключение.

В этом докладе я защищал два положения. Первое: эйтаназия (как пример умерщвления невинного) является моральным злом и не должна быть официально допустима, даже в случаях, указанных в общепринятом разрешении. Второе: общепринятое разрешение на эйтаназия угрожающе нестабильно. Аргументация в ее пользу в одних случаях допускает умерщвление не только на основании общепринятых медицинских причин, но и в случаях депрессии, стыда и самопожертвования; в других, более того, она допускает эйтаназия не только для тех, кто хочет умереть, но и для тех, кто не хочет.

Влияние субъективного отношения лечащих врачей на меры по ускорению смерти

Грегори В. Рутеки

перевод Г.Головки

В последнем выпуске журнала *Human Life Review* Уэсли Дж. Смит отметил: “Эйтаназия и ассистируемый суицид (самоубийство, осуществляемое с помощью другого человека) запрещены на протяжении большей части мировой истории. Конечно, эйтаназия практиковалась в нескольких заблудших обществах: в Древней Греции младенцев с родовыми травмами и дефектами оставляли на холмах умирать, и такая практика была принята, чтобы обойти нравственный закон, запрещающий прямое убийство. Во времена не столь отдаленные Германия подвергла эйтаназии 200 000 человек (в основном калек, стариков и умственно отсталых); их первыми принесли в жертву кровавому безумию нацизма, известному под названием *Холокаст* (“Всесожжение”). Наконец, сегодня есть Нидерланды, где — хотя формально это по-прежнему считается преступлением — на практике разрешены эйтаназия и ассистируемый суицид. Согласно исследованию, проведенному датским правительством в 1991 году и известном под названием Доклада Реммелинк, почти 9% всех смертей датчан спровоцированы докторами. Затем в Орегоне вышел указ 16. И, что действительно можно рассматривать как историческое событие, 8 ноября 1994 года 51% орегонских избирателей отдали свои голоса в поддержку меры, которая впервые в США формально легализовала смерть, спровоцированную врачами (32 000 голосов)”. Заинтересованность Орегона в ассистируемом суициде не случайна, так как Орегон также известен тем, что является национальным штабом общества Хемлок, знаменит своими так называемыми “либертарианскими тенденциями” (тенденциями борьбы за максимальную индивидуальную свободу) и отличается низкой посещаемостью церковей.

Попытки легализовать эйтаназия в Соединенных Штатах Америки привлекли к себе внимание недавно как непосредственная реакция на книгу Дерека Хамфри *Последний выход*, которая, как сообщают, разошлась тиражом более 300 000 экземпляров. Эта книга превозносит “добродетель” эйтаназии и ассистируемого суицида, живо описывая методы осуществления таких летальных исходов. В журнале *First Things* за декабрь 1991 года была опубликована передовая статья в ответ на признание книги *Последний выход*. Она выразила опасения христиан следующим образом:

“Кампания эйтаназии принимает вид еще одной правовой акции прогресса, вопроса, чье время пришло. Эта кампания руководствуется идеями, которые цивилизованные люди оставили в варварском прошлом. *Последний выход* — последнее оправдание нежеланию проявлять заботу об обременительных больных. Это возрождение давно отмененного права убивать. Питер Бергер пишет: “Все цивилизации и все религии представляют собой человечество, размахивающее флагами неповиновения перед лицом смерти”. Книга *Последний выход* опустила эти флаги”.

Как практикующий врач, я заинтересовался специфическими и вызывающими беспокойство аспектами спора об эйтаназии. Поддержка обывателями эйтаназии происходит из всепоглощающей кампании по обеспечению полного самоопределения или, если хотите, автономии как высшего блага. Однако часть растлевающего влияния эйтаназии кроется в том факте, что к решению о ее осуществлении может привести ряд факторов, совершенно неконтролируемых пациентом, и, что должно более всего беспокоить медицину, эйтаназия может быть мотивирована главным образом лечащим врачом.

Специалисты в области медицины твердо верят, что если применение эйтаназии легализовать, то она, соответственно, будет безопасна и гарантирована, и поэтому если пациент лично просит смерти, то она будет осуществлена в хороших санитарных условиях и будет лишена насилия. Однако, пациенты должны знать: складывается впечатление, что здесь кроется лазейка для каких-то других, коварных сил, провоцирующих применение эйтаназии. Пример тому мы видим в Нидерландах. Карлос Гомез в своей книге “Регулирование смерти: эйтаназия и Нидерландское дело” пишет: “Меня мучило чувство, что действовал не аргумент свободной воли пациента, а какой-то другой. Мне казалось, что кто-то думал, что определенным пациентам лучше бы умереть, и убить их будет проявлением гуманного акта по отношению к ним.” Гомез продолжает: “Если директивные указания (относительно эйтаназии) обращены к опасности насилия в этих вопросах, они также намекают на другой аспект этого согласия, то есть решение осуществить эйтаназия должно быть не только добровольным, но должно также исходить из хорошего знания фактов истории болезни. Хотя сами “факты”, в большей степени, зависят от знаний лечащего врача, его квалификации, опыта и определенного стиля работы. Они также зависят от того, как лечащий врач посчитает нужным изложить их пациенту. Другими словами, если согласие пациента зависит от того, как он воспринимает свое собственное реальное положение, то тогда его восприятие неизбежно подвержено влиянию лечащего врача...”

Реальность применения эйтаназии кажется таковой, что только лечащий врач может действительно открыть ей дверь, и в некоторых

случаях он же четко указывает пациенту, где находится дверь, если он сам не может ее разглядеть... Это наводит на мысль, что согласие пациента на эйтаназия зависит от того, как он понимает медицинские факты своей истории болезни — а его понимание в большей или меньшей степени зависит от квалификации, опыта и умения лечащего врача сообщить эту информацию.”

Очевидность самостоятельного ввода информации лечащим врачом как основной движущей силы для применения эйтаназии в Нидерландах привела меня к важному вопросу: в западном обществе, где лечащие врачи такие же плюралисты и пост-модернисты, как и их пациенты, вероятно, отношения врачей, убеждения и предпочтения также мотивируют характер заботы об умирающем, несмотря на признание за пациентом подразумеваемой свободы выбора. Так как меня никогда не обвиняли в приступах красноречия, я выбрал эмпирический путь познания и решил изучить мнение нефрологов — группы лечащих врачей, которые по роду своей работы поставлены перед необходимостью заботы об умирающем — рассматривая их чувства относительно смерти, эйтаназии, ассистируемого суицида, директивных указаний и права пациента на свободный выбор в случае принятия решения о прекращении жизни.

Необходимо с самого начала объяснить причину выбора именно нефрологов для такого исследования. Три причины выдвигают на первый план целесообразность такого выбора.

Прежде всего, нефрологи — это та группа врачей, которые лечат пациентов от болезней, характеризующихся очень высоким процентом смертности. Ежегодно умирает около 20% хронически зависимого от гемодиализа населения США. Во-вторых, в этой группе пациентов уникальная форма ускорения смерти — отсоединение от диализа — в 2/3 случаев является основной причиной смерти пациента. И наконец, Национальный Почечный Фонд держит под прицелом пациентов с конечной стадией почечного заболевания, то есть пациенты, зависящие от диализа, подвергаются энергичной обработке директивными указаниями. Обсуждение директивных указаний, которое происходит между докторами и пациентами по три раза в неделю во время диализо-распределительных заседаний, постоянно концентрирует их внимание на неизбежности смерти.

Описание вопросника (анкеты) — материалы и методы

Пункт 34 вопросника, содержащий вопросы, касающиеся заботы об умирающем, был составлен автором и опробован на группе нефрологов из северо-восточной части штата Огайо, включая медицинский институт Северо-восточных университетов Огайо (NEOVCOM), университетские больницы, Кливлендский клинический фонд и Государственную университетскую больницу Огайо (n=63/85).

Так как термин “эйтаназия” имеет так много разных значений, настоящее исследование не использовало этот термин, но рассмотрело его основное значение: проведение мероприятий с целью ускорения смерти. Если назначенное пациенту мероприятие осуществляется с помощью другого, такое действие является ассистируемым суицидом.

Несмотря на то, что ассистируемый суицид поднимает уникальные этические вопросы, здесь мы берем во внимание только те его характеристики, которые присущи и другим способам ускорения смерти. Это исследование направлено на то, чтобы выявить, могут ли субъективные мнения нефрологов относительно неизбежности смерти (их собственной или пациента) оказывать влияние на решение о прекращении жизни. Мы рассмотрели, как часто не использовались меры по спасению жизни с согласия или без согласия пациента; изучили этические рамки, которыми руководствовались нефрологи при принятии решения прекратить подачу диализа; качество восприятия жизни с разных точек зрения; а также дали оценку тому, как изложение этого оказывало влияние на уход за умирающим; кроме того, изучили осуществление директивных указаний в отношении к эйтаназии и ассистируемому суициду.

Более того, вопросник включал ряд исследований, которые были предварительно стандартизированы, с целью определить качество отношений врачей к их собственной смертности, а также уровень их чувства комфорта рядом с обреченными больными. Сделаны были демографические срезы, включая возраст, ранее полученное этическое образование, религиозные взгляды, стаж работы и место работы. Вопросник был строго конфиденциальным.

После завершения опроса количество опрашиваемых нефрологов было увеличено через почтовую связь с отобранными медицинскими центрами, в которых практикующие нефрологи были лично знакомы с автором. К тому времени, когда набралось 125 опрошенных, вопросник заполнили в Огайо, Висконсине, Миннесоте, Северной Каролине, Канзасе, Флориде, Миссисипи и Луизиане.

Результаты исследования

88% опрошенных нефрологов признались в допущении летального исхода, характеризуемого как “пассивный” с согласия пациента, тогда как 38% признались в подобных допущениях без ведома и согласия пациента.

Этические рамки, которыми руководствуются при отключении диализа

Границы зависели как от достижений медицины, так и от критериев жизнеспособности. 48% нефрологов использовали в качестве критерия для оправдания отключения диализа наличие рака, 84% — многосторонние осложнения, 79% — слабоумие.

82% сочли бы возможным отключить диализ, если с точки зрения пациента качество его жизни плохое; 40% — с точки зрения лечащего врача. Так как депрессия может быть использована в качестве критерия для продолжения лечения, прекращения его или применения мер по ускорению смерти, был задан определенный вопрос об отключении диализа при наличии депрессии. Нефрологи использовали бы депрессию в качестве критерия для отключения диализа всегда (2,5%), часто (5,7%), иногда (22,1%), нечасто (41%) и никогда (28,7%). Возраст в качестве критерия для отключения диализа широко не использовался.

Директивные указания

25% опрошенных нефрологов признались, что они с трудом соблюдают директивные указания, если они в решении вопроса расходятся с личной системой убеждений.

Отношение к активным мерам по ускорению смерти

Если бы изменение настроений в юридической области было направлено на либерализацию эйтаназии и ассистируемого суицида, нефрологи признались, что они применили бы меры по ускорению смерти: всегда —; часто (7,4%); редко (27,3%); никогда (43%).

Субъективные портреты врачей

Субъективные портреты лечащих врачей (взято из 1. Смерть Тревога Шкала Средства, Стандартное Отклонение и Внедрение. Психологические доклады 1971; 28; 173; 2. Изменяющиеся отношения врачей к продлению жизни. Американского Гериатрического общества, 1977; 25 (10); 470; 3. Разница в отношениях к обреченным больным (пациентам) среди отобранных медицинских специальностей лечащих врачей. Медицинская забота 1979; 17(6): 682) продемонстрировали, что нефрологи, которые больше всех испытывали тревогу рядом с умирающим пациентом, были значительно менее склонны игнорировать меры по продлению жизни обреченных больных пациентов (p меньше .02) и значительно менее склонны к применению активной эйтаназии (p меньше .04).

Обсуждение.

Результаты ряда эмпирических исследований, рассматривающих нефрологов, лечащих врачей и их участие в движущих силах при принятии решений прервать жизнь, кажется, дают основание к проверенной гипотезе, а именно, что американские врачи, как их коллеги в Голландии, могут угрожающе способствовать исключению согласия пациента из аспектов ухода за умирающим. Я хотел бы подробнее остановиться на полученных результатах, находящихся в этих материалах, путем сравнение своего исследования со следующей информацией: специализированный обзор датского опыта (книга Гомеза и доклад

Реммелинк); *Ненужная трагедия: ассистируемый суицид приходит в Орегон* Уэсли Дж. Смита, опубликованный в *Human Life Review* весной 1995 года; и, наконец, подробные исследования, доступные в литературе, обращенные к современным тенденциям этики ухода за умирающим. Такое сопоставление источников информации раскрывает ряд потенциально опасных тенденций в современной медицинской практике США.

Под рубрикой: эйтаназия и ассистируемый суицид

Для сравнения наших результатов воспользуемся информацией из ряда источников. Австралийские лечащие врачи (n=200) — 29% опрошенных уже применяли активные меры по ускорению смерти (с согласия пациента?); 60% высказали желание легализовать активную эйтаназия. Ситуация среди австралийских врачей стала крайне угрожающей в мае 1995 года, когда Северные Территории Австралии первыми легализовали эйтаназия, издав акт о правах обреченных больных. Опрос датских врачей показал, что 54% уже применяли активную эйтаназия, 34% считают, что она “допустима” при чрезвычайных обстоятельствах; 12% говорят, что они никогда бы активно не ускорили смерть пациентов, но 2/3 этого меньшинства обратились бы к врачу, который бы активно ускорил смерть. Врачи из Висконсина (терапевты, семейные врачи, врачи, занимающиеся гериатрией; n=740) — 30% хотели бы применять активную эйтаназия, 70% сказали, что они никогда бы ее не применили. Данные из Висконсина (США) очень сходны с нашими (30% да визави, 29,7% часто/иногда; 70% нет визави; 70,3% редко/никогда).

После первого опубликования мною этих данных было подсчитано количество голосов врачей в Орегоне, и процент в поддержку легализации ассистируемого суицида составил 46% — самый высокий показатель в США. Однако возможность принятия актов прекращения жизни без четко выраженной просьбы больного вызывает больше беспокойства, чем сами по себе отношения врачей к факту смерти. Доклад Реммелинк документально подтверждает, что приблизительно 1 000 случаев эйтаназии, совершенных в обозреваемом году, были произведены без четко выраженного согласия убитого пациента. Не так давно убедительно подтверждено документами, что датских пациентов подвергали эйтаназии, когда они даже не были безнадежно больными! Действительно, таким людям даже необязательно быть физически больными. Например, недавно датский Верховный Суд постановил, что психиатр действовал правильно, когда он “содействовал” смерти своего физически здорового пациента, обосновывая это тем, что действия врача были оправданы глубокой депрессией пациента, вызванной разводом и смер-

тью двух его детей. Младенцев, родившихся умственно отсталыми или с врожденными дефектами, педиаторы убивают прямо в детских кроватках. Действительно, в настоящее время Датская Педиатрическая Ассоциация разрабатывает основные положения для применения эйтаназии младенцев.

Сопоставление этих фактов с нашим исследованием показывает, что 38% опрошиваемых пренебрегают перспективами ухода за умирающим без согласия пациента; 40% при принятии решения об отключении диализа использовали бы критерий качества жизни с их собственной точки зрения, а не с точки зрения пациента (даже несмотря на то, что предыдущие исследования продемонстрировали значительное расхождение в определениях качества жизни с точки зрения пациента и доктора); 25% испытывают трудности при необходимости руководствоваться выбором пациента согласно предписанным директивным указаниям, если этот выбор противоречит их собственной системе убеждений. Такие отношения совместно с либерализацией законов о ассистируемом суициде предсказывают поведение американских врачей, которое будет подобно поведению их датских коллег, в результате чего в значительном ряде случаев решение о прекращении жизни пациента будет главным образом зависеть от медицинского работника. Желание и согласие пациента могут быть совершенно исключены из такого процесса.

Депрессия

Необходимо провести дальнейшее исследование, рассматривающее депрессию в контексте эйтаназии. Очень большое количество пациентов будут настаивать на мерах по ускорению смерти под влиянием неустановленной и непролеченной депрессии. Примут ли лечащие врачи во внимание психическое состояние их пациентов и его влияние на просьбу о применении мер, ведущих к прекращению жизни?

Орегонская мера 16, как самый яркий пример, очень коварна относительно депрессии и ее негативного влияния на принятие решений. Для лечащего врача не требуется иметь предварительных отношений с пациентом, а впоследствии он может стать “специалистом” только в области ассистируемого суицида. Психическая оценка, необходимая, чтобы установить депрессию, осуществляется лишь тогда, когда это требуется “по мнению” лечащего врача. Безопасная эйтаназия невозможна по причине ее растлевающего эффекта, оказываемого на любую из сторон медицинской практики, когда докторам разрешают убивать.

Евангелические выводы

Абсолютную истину можно найти только в Божьем откровении, а не в эмпирических исследованиях. В конечном счете, эйтаназия не потому таит в себе зло, что не гарантирована от ошибочных решений, а потому, что она является ужасным нарушением Божьей воли! Однако

последние критические статьи о пост-модернистской культуре свидетельствуют о том, что гуманность вне Христа испытывает недостаток присущего верующим видения. Свидетельствуя в ходе полемике о святости жизни, сегодня верующие могли бы представлять эмпирические данные как повод для представления Евангельского послания.

В конечном счете победа в споре об эйтаназии будет основана не на лозунге “Нет настоящей гарантии безопасности!”, а скорее, на умении различать истину, возможном только при духовном возрождении и новом рождении во Христе. Как сказал Нигель Камерон, биоэтика действительно охватывает самые важные проблемы, перед которыми стоит человечество.

Это проблемы касаются ни больше ни меньше как статуса и достоинства людей. Когда Запад застыл, скованный ужасом, перед лицом трагических событий в Боснии, это напомнило нам, как хрупки опоры вежливости и как тонка паутина гуманности даже в той Европе, которая является наследницей вековой традиции, основанной на доктрине человечности, утверждающей, что человек несет в себе образ и подобие Божьи.

Причина того, почему вопрос об эйтаназии столь важна, прост: ничто другое так красноречиво не характеризует наше представление о человеческой природе, как те условия, которые считаются достаточными, чтобы отнять у человека его жизнь.

Почему жизнь человека имеет ценность

Томас Джонсон

Европейский университет гуманитарных наук

Минск, Беларусь

перевод Головки Галины

В конце двадцатого века перед нами встал один из самых трудных интеллектуальных вопросов: “Что такое человек?” В той или иной степени этот вопрос является темой обсуждения многих академических дисциплин: юриспруденции, психологии, экономики, социологии, искусства, философии и богословия. И те ответы, которые мы найдем, важны не только для нашей личной жизни, но также для нашей коллективной жизни в обществе. Нам необходимо понять особое достоинство и “индивидуальность” любого человека, и нам также необходимо понять свойственную людям бесчеловечность по отношению друг к другу.

В этой короткой статье я хочу рассмотреть только одну, небольшую часть вопроса о человеческой природе, а именно — почему человеческая жизнь имеет непреходящую ценность? Этот вопрос скрывает в себе много других важных вопросов, таких как: почему мы должны защищать права человека, почему мы должны оказывать медицинскую и гуманитарную помощь и почему мы должны беспокоиться о безопасности личности.

И я думаю, всем ясно, что это не только вопрос метаэтики, но и проблема основ философии. Любая философия без удовлетворительного объяснения ценности человеческой жизни нуждается в серьезном пересмотре.

В современной мысли есть тенденция давать два типа ответов на вопрос “Почему человеческая жизнь имеет ценность?” Некоторые утверждают, что ценность личности завоевывается человеческой деятельностью или способностями, тогда как другие утверждают, что ценность личности является даром межличностных отношений. Первый подход можно назвать “функционализмом”, второй — “персонализмом”. Функциональный взгляд на человеческую ценность обычно рождается в материалистическом мировоззрении. Взгляды на человеческое достоинство с точки зрения персонализма обычно можно встретить среди приверженцев теизма. Взгляды на человеческое достоинство с точки зрения функционализма иногда ведут к рассмотрению вида гомо-сапиенс (человек разумный), лишённого жизненно важных функций, как недочеловека, ненужное существо. Взгляд на человеческое достоинство с точки зрения персонализма ведет нас к искреннему самопожертвованию ради наших близких. Это требует объяснения; вначале проиллюстрируем функционализм, затем персонализм.

Интересная точка зрения функционализма излагается в работах Майкла Тули. Он спрашивает, какими качествами должно обладать существо, чтобы иметь право на жизнь. Очевидно, что право на жизнь является основополагающим для всех прав, которые можно иметь. Его ответ звучит приблизительно так. Он цитирует Джонса Файнберга: “Существа, которые могут иметь права, — именно те, кто имеют (или могут иметь) интересы.” Это означает, что “существо совсем не может иметь никаких прав, и, само собой разумеется, не может иметь права на жизнь до тех пор, пока не станет иметь интерес (то есть строить планы на будущее).” А для того, чтобы иметь интересы, существо должно быть в здравом состоянии ума, а также обладать жизненным опытом и желаниями. И чтобы иметь желание продолжать жизнь, оно должно иметь идею самореализации в будущем.

Все это кажется чрезвычайно разумным, но проблемы становятся очевидными, как только человек начинает осознавать, как он использует свои принципы. Очевидно, что с помощью этой системы он может защищать аборт. Он также защищает убийство новорожденных, так как младенцы, конечно же, не имеют способности мыслить, а потому не могут иметь идею самореализации себя. Но многие высокоразвитые животные, вероятно, имеют право на жизнь и, возможно, равное праву человека, так как складывается впечатление, что у них есть интерес и понятие самореализации. Интересно, что Тули использует слово “убийство”, описывая умерщвление высокоразвитых животных, и заставляет сделать предположение, что человек, находящийся в кратковременной коме, не имеет никаких прав в его системе. То, что началось как теория прав человека, ведет к заключению, что убийство младенцев морально оправдано, но употреблять в пищу мясо и носить кожаную обувь — убийство. Это яркий показатель опасности начинать рассматривать основы ценности человека с его функций, в данном случае с наличия интереса.

В некоторой степени схожую точку зрения функционализма мы встречаем в философии Мэри Энн Уаррен. Она спрашивает: “Какое конкретно существо имеет неотъемлемое право на жизнь, свободу и поиск счастья? Хотя она явно цитирует Американскую Декларацию независимости, ее точка зрения, я думаю, очень отличается от Декларации. Она предлагает, чтобы мы различали генетическую принадлежность к человечеству и личность, и только личность, а не существо, относящееся к людям по генетическим признакам, имеет моральные права. Она говорит: “Представьте себе космического путешественника, приземлившегося на неизвестной планете и неожиданно встретившего расу живых существ, совершенно непохожих на тех, кого он когда-либо встречал или о которых он когда-либо слышал. Если он хочет удостовериться, как вести себя с моральной точки зрения по отношению к этим

существам, он должен каким-то образом решить, люди ли они, имеющие таким образом все моральные права, или же они те существа, в отношении которых мы не должны испытывать чувства вины, используя их, например, в качестве пищи.”

Отвечая на эти вопросы, она предполагает, что характерные черты личности приблизительно следующие:

- 1) сознание, в частности способность чувствовать боль;
- 2) способность рассуждать;
- 3) осознанная деятельность;
- 4) способность общаться;
- 5) наличие самосознания, представлений о самом себе.

Она не считает, что существо должно соответствовать всем пяти критериям для того, чтобы быть личностью. Только два из них могут быть значимыми. Но отсутствие всех пяти наверняка свидетельствует, по ее утверждению о том, что существо не является личностью, а потому не имеет никаких моральных прав.

Ее список характерных черт личности довольно неплох. Конечно же, все эти черты мы обычно наблюдаем в людях. Но решающим вопросом для нас является то, должен ли кто-либо завоевывать статус личности с помощью наличия нормативных функций и способностей, или статус личности является тем, что дается как дар.

Ясно, что ее подход — это функциональный подход, и ее ответы приведут к тем же проблемам, что и ответы Тули. Она вполне определенно говорит, что люди в начале и в конце своей жизни могут и не быть личностями, и что они не имеют моральных прав.

Третий яркий пример функционализма находим в работах философа Джона Кобба. Он утверждает, что хотя право человека на жизнь вполне фундаментально, оно не абсолютно. Оно происходит, а потому подчинено праву людей воплощать в жизнь свои планы. Именно наличие планов для воплощения в жизнь придает особую ценность человеческой жизни и является тем, что дает права человеку.

Кобб проясняет свою точку зрения, прибегая к резкому контрасту. Он противопоставляет жизнь личности жизни младенца и жизни животного. Младенец на пути становления личности претерпевает два важных изменения. Первое: в то время как младенец полностью живет в настоящем, ребенок начинает строить свои собственные планы, которые требуют уважения и внимания. Второе: в младенчестве весь опыт заключается в удовлетворении нужд собственного тела, в то время как ребенок использует свое тело для осуществления своих планов. И Кобб думает, что у животных, как правило, в процессе жизни не наблюдается изменений от простого удовлетворения нужд собственного тела к использованию их для воплощения собственных планов.

Проблема такой теории в том, что люди, у которых еще нет или

уже не будет планов, не имеют морального статуса личности, и поэтому их жизни не имеют особой моральной ценности. Это похоже на то, что некоторые животные могли бы пересечь границу животного состояния и стать личностями. Такие рассуждения, по-моему, ведут к моральному хаосу, потому что статус личности завоевывается приобретением определенных способностей, а именно - наличием плана. Это яркий пример функционализма.

Этих трех примеров, вероятно, достаточно, чтобы показать, что функционализм в том или ином виде сегодня широко распространен. Его используют, чтобы защитить аборт, убийство новорожденных, эйтаназию и права животных. В каждом случае личность должна продемонстрировать определенные способности и функции, чтобы завоевать статус личности в глазах других людей или всего общества. Если кому-либо не удастся завоевать статус личности, тогда его жизнь не нужно пытаться защищать с моральной точки зрения или юридически.

Очевидно, что все упомянутые выше философы отражают в какой-то мере западный индивидуум. Но функциональному подходу к ценности человеческой личности легко придать идеологическую направленность. Добавив немного воображения, можно легко внести уточнение, какие именно функции и способности необходимы, чтобы завоевать "права личности". И эти функции могут быть выбраны по экономическому, религиозному, расовому принципу или на основании ценности человека для государства. И тогда определение того, что делает человеческую жизнь ценной, может быть использовано для узаконивания всякой жестокости, обычно против группы людей, находящихся в немилости у властей. Анализ идеологий людей, совершивших ужасные преступления против человечества в двадцатом веке, приведет к трагическому выводу по этой же теме: не всякий может завоевать "право личности". Теоретики функционализма обычно выступают с высокомерных позиций, объясняя, почему человеческая жизнь имеет ценность, но они склонны заканчивать объяснениями, почему жизни в пределах какого-то определенного общества не должны цениться. Это ставит под вопрос весь метод и подход функционализма.

Альтернативу функционализму я бы назвал "персонализм". Всех персоналистов среди самых различных мнений объединяет убеждение, что ценность человеческой жизни есть дар, и ценность этого дара "дана" и присутствует даже тогда, когда определенные человеческие способности или функции отсутствуют. В целом, персоналисты мыслят в рамках иудео-христианской традиции и обычно рассматривают свои теории как согласные с библейским утверждением, что люди созданы по образу Божьему.

Яркий пример персонализма в области политики представляет Американская Декларация Независимости. Уаррен не упомянула ту

часть, которая говорит, что люди “наделены неотъемлемыми правами своим Творцом.”

В восемнадцатом веке во время англо-американских политических переговоров некоторые люди говорили, что человеческие права отчуждаемые, что их можно потерять. Это было одним из предполагаемых моральных оправданий рабовладения, что очень похоже на функциональную точку зрения о ценности человеческой жизни. В противовес этому Томас Джефферсон и его коллеги намеренно уверяли, что права человека являются неотъемлемыми, так как это дар Бога. Согласно такому образу мышления, ценность личности не завоевывается никакими функциями и способностями и поэтому не может быть утеряна. Ценность личности просто является даром от Бога.

С другой стороны персонализм предстает в работах Серена Кьеркегора, датского философа девятнадцатого века, которого часто называют “отцом экзистенциализма”. В “Болезни к смерти” он пишет:

“Ступени в сознании личности, у которых мы до сих пор были на службе, находясь в пределах определения человеческой личности, или личности, мерой которой является человек. Но эта личность приобретает новое качество в том смысле, что эта личность находится в непосредственном поле зрения Бога. Эта личность уже не просто человек, но то, что я бы назвал, надеясь не быть неправильно понятым, теологическая личность — личность в глазах Бога. И какую бесконечную реальность получает эта личность, находясь перед Богом. Пастух, который (если это было бы возможным) является личностью только в глазах коров, — очень незначительная личность; и то же самое мы можем сказать об управляющем, который является личностью только в глазах рабов, так как в обоих случаях недостает шкалы или оценочного критерия. Ребенок, у которого до сих пор в качестве оценочного критерия себя были только родители, становится личностью, когда он уже человек согласно приобретенному статусу, выступающему в качестве оценочного критерия. Но какую безграничную исключительность получает личность, принимая в качестве оценочного критерия Бога!”

Кьеркегор, кажется, утверждает, что ценность человека является в какой-то мере понятием, находящимся в зависимости от взаимоотношений человека, что ценность человека зависит от тех отношений, в которых он находится. Тогда, если все люди имеют какую-либо связь с Богом, сознательную или несознательную, позитивную или негативную, то эта связь дает личности безграничную ценность. Ясно, что эта ценность является даром, независимым от функций.

Немец Гермут Тилике был выдающимся современным персоналистом и написал свои научные труды по этике в основном как реакцию на оскорбления нацистов. Он утверждает, что человеческое достоинство — всегда неотъемлемое достоинство, получаемое как дар извне, не от

онтологических качеств, присущих человеку, будь то свобода, личность, ответственность, сознание или что-либо другое. Причиной того, что он так полагал, было его убеждение, что люди — существа, находящиеся в определенных отношениях, созданные по образу и подобию Божьему и сотворенные для общения с Богом. Образ Бога в человеке, утверждает он, не имеет ничего общего со свойствами и качествами человека. “Он скорее имеет отношение к неотъемлемому достоинству, которым человек обладает как божественный прототип, оригинал которого находится только в Иисусе Христе.” Когда он использует термин “неотъемлемый”, описывая человеческое достоинство, он сознательно следует теологии Мартина Лютера. Лютер говорил, что мы не можем быть приняты Богом только на основании врожденной внутренней добродетели, но лишь на основании неотъемлемой внешней праведности, полученной нами через Иисуса Христа. Тилике утверждает, что наше достоинство, как и наша праведность, имеет отношение к тому, что “Бог помнит о нас”, а не к чему-то внутри нас. И так как Бог помнит о нас, Он говорит с нами через свое творение и Иисуса Христа таким образом, что достоинство и ценность каждой личности становятся тем, что нельзя потерять. Даже если многие обычные функции человека утеряны, ценность и достоинство личности не теряются, так как зависят от того, что Бог помнит о человеке и обращается к этому человеку. И если человеческое достоинство является результатом обращения Бога к нам, наличие человеческого достоинства предполагает важную задачу: реализацию этой связи со стороны человека.

Ясно, что взгляд на ценность человека с точки зрения персонализма приведет к совершенно другим выводам по поводу многих аспектов современной жизни, отличающимся от функциональной точки зрения. Медицинская помощь, права человека, гуманитарная помощь и личная безопасность представляют лишь несколько областей, которые выглядят иначе, если взглянуть на них глазами персоналиста.

И должно быть ясно, что функционализм обычно является частью материалистического мировоззрения, тогда как персонализм обычно является частью теистического мировоззрения. Хотя, вероятно, есть персоналисты-атеисты и, может быть, функционалисты-теисты, но такие комбинации точек зрения имеют сильные внутренние противоречия.

Часто говорят, что среди западных мыслителей вера в Бога умерла в девятнадцатом веке, а вера в человека — в двадцатом. Вопреки надежде Ницше, потеря веры в Бога привела нас не к ощущению себя сверх-людьми, а к восприятию друг друга как недочеловеков. Но так как теперь мы можем ясно видеть и культурный провал, и мыслительную непоследовательность атеистического материализма, может быть, мы можем надеяться на то, что вера в Бога и человека могут быть восстановлены.

Эйтаназия

Руфь Б. Хайцер

Факультет философии

Джорджтаун Колледж и

Московская Богословская Семинария

Перевод: Турлак Олег

Эта работа рассматривает проблему эйтаназии, обобщая и оценивая некоторые важные особенности, выделенные философами, и раскрывает христианскую перспективу этого вопроса. Она написана американским философом, имеющим опыт работы в области медицины США. Имеющие опыт работы в сфере медицины в России и Украине приглашаются к обсуждению сходств и отличий. Цель этой работы состоит не в обсуждении вопросов законности эйтаназии, но в анализе проблемы со стороны личной нравственности.

Священность жизни

Обычно люди, выступающие против практики эйтаназии, обращаются к принципу священности жизни. Этот принцип утверждает, что человеческая жизнь настолько уникальна, что мы никогда не должны прерывать ее. Эммануил Кант выступает с философской защитой этой уникальности путем применения своего категорического императива. Сформулированный простыми словами, его принцип гласит, что мы должны всегда рассматривать разумные существа как конечную цель, а не как промежуточный этап. Я никогда не должна прерывать Вашу жизнь только потому, что она затруднительна для меня. Кант мог бы продолжить, говоря, что Вы не можете покончить со своей жизнью потому, что она невыносима для Вас. Данный поступок употребит волю для того, чтобы положить конец воле, что он считает противоречивым и, следовательно, противоречащим нашей разумной природе.

Людей, которые одобряют принцип священности жизни, мы называем “пацифистами”. Очень трудно, правда, найти истинных пацифистов, то есть людей, которые последовательно бы отвергали убийство. Например, существуют те, кто отвергают убийство “невинного” человека, но не против уголовного наказания убийц. Существуют и те, кто выступают против убийства вообще, но говорят, что это разрешено в случаях самозащиты. Существуют даже и те, которые допускают убийство в целях защиты другого, но не в ситуации самозащиты.

Существуют, конечно, истинные пацифисты, которые считают, что убийство неправомерно. Но, как отметил философ Жан Нарвесен, даже такой последовательный пацифист непоследователен сам по себе.

Это так, потому что пацифист заявляет, что жизнь настолько священна, что мы никогда не должны отбирать ее. Тем не менее жизнь не настолько священна, что он может защитить ее путем прекращения другой жизни, если это необходимо.

Те, кто применяют принцип священности жизни к вопросу эйтаназии, очевидно придерживаются точки зрения, что прекращение жизни по любой причине нравственно неправильно. Люди, считающие так, должны тщательно проверить последовательность своей позиции.

Убийство или позволение умереть

Второй вопрос, который затрагивают философы в отношении эйтаназии, - это различие между убийством и позволением умереть. Иногда в связи с этим используются термины *активная* и *пассивная* эйтаназия. Некоторые авторы утверждают, что пассивная эйтаназия не является эйтаназией вообще, но данный подход - это только отталкивание проблемы в сторону. Даже если позволение умереть не является эйтаназией, необходимо показать, почему это позволение нравственно и допустимо, тогда как убийство непозволительно, следуя подобному раскладу вещей.

Кодекс Американской Медицинской Ассоциации, касаясь вопроса эйтаназии, гласит, что врачи никогда не должны прерывать жизнь. Но, несмотря на это, врачи не обязаны продлевать жизнь, руководствуясь сверхъестественными усилиями, когда восстановление здоровья невозможно. Таким образом, представляется, что АМА делает два различия. Первое - между убийством и позволением умереть - заключается в том, что убийство запрещено законом, а позволение умереть разрешено. Второе - это отличие сверхъестественных усилий от обычных. В этой работе не ставится акцент на втором отличии, но ему следует коротко уделить внимание.

Если мы зададим вопрос, что подразумевается под сверхъестественными и естественными усилиями, ответ, скорее всего, будет дан в терминах расходов и частоты использования. Так, например, использование дорогой системы поддержки жизни для тяжелого коматозного пациента считается сверхъестественным, тогда как недорогие антибиотики, предписываемые некоторым пожилым пациентам, больным пневмонией, считаются обычными. Глядя на эти примеры, можно с готовностью согласиться, что пациенту, страдающему пневмонией, должны прописываться антибиотики, тогда как система поддержания жизни не должна использоваться для поддержки безнадежного коматозного пациента. Но не ясно, является ли стоимость или частота использования причиной нравственного разделения. Действительно, первоначальное нравственное отличие состоит в силе лечения, а не в его стоимости или обыкновенно-

сти. Сила и эффективность - полезные соображения, которые могут быть применены, если принимать во внимание утилитарный подход к нравственности. Но они беспомощны в попытках показать, что врачи никогда не должны убивать, а в некоторых случаях позволить умереть.

Поэтому мы должны вернуться к рассмотрению вопроса о противопоставлении: убийство - позволение умереть. Джеймс Рахелс в своем классическом труде о данном различии утверждает, что оно не должно содержать нравственного бремени, которое АМА и другие возлагают на него. Он приводит пример утопления ребенка с целью овладения наследством в контрасте с позволением ребенку утонуть тогда, когда его легко можно спасти. Рахелс полагает, что если намерение и вытекающие последствия сходны между собой, то и действия равно достойны порицания.

Если, в отношении эйтаназии, намерение состоит в том, чтобы пациент умер без дальнейшего медицинского вмешательства, то почему активная эйтаназия запрещена, а пассивная разрешена? Неужели не может быть ситуаций, когда активная эйтаназия, полагающая конец страданиям быстрее, более гуманна?

Нет необходимости доказывать, что убийство иногда более гуманно, чем позволение умереть, чтобы отвергнуть различие, указанное АМА. Жизненная поддержка может быть включена или выключена. Лечение может продолжаться или завершиться. Если намерение в обоих случаях состоит в том, чтобы пациент умер, то тогда одно действие нельзя считать более приемлемым нравственно, чем другое. Такой подход будет доминировать до тех пор, пока мы не станем рассуждать как пацифист, который утверждает, что не вправе отнимать жизнь, хотя и не обязан также пытаться сохранить ее. Конечно, если врач утверждает, что намерение его заключается не в том, чтобы позволить умереть, но только в сбережении препаратов, то он обращается к следующему принципу, который мы и рассмотрим.

Доктрина двойного эффекта

Третий вопрос, который уместен в случае рассмотрения эйтаназии - это принцип, который получил название "Доктрина двойного эффекта". Он гласит, что если обдуманное действие будет иметь более одного последствия, оно является намеренным результатом, несущим нравственный вес. Например, известной практикой в области медицины является применение болеутоляющих препаратов для неизлечимо больных пациентов. Конечно, большие дозы морфия могут не только облегчить боль, но и ускорить смерть пациента. Доктрина двойного эффекта, примененная в данном случае, может утверждать, что если намеренный эффект заключается в облегчении боли, то действие нравственно

позволительно, даже если этот акт вызывает “убивающий” эффект.

Во время прохождения докторской практики в области клинической медицинской этики у меня была возможность наблюдать за работающими врачами в различном окружении. Я помню одного молодого пациента из онкологического отделения. У молодого человека семнадцати лет был рак кости и несколько ампутаций на ноге. Он находился в конечной стадии заболевания. Перед тем, как я навестила его, врачи предупредили меня, что хотя он и был в сознании, но не испытывал боли, потому что они дали ему много морфия. Когда я слушала, мне стало ясно, что они дали ему морфия больше, чем положено для облегчения боли. Они хотели ускорить его смерть. Я предполагаю, что подобное происходит многократно каждый день в больницах США и, возможно, во всем мире.

Намерение важно. Последствия также важны. Но каждый должен быть осторожным, применяя подобный принцип, как двойной эффект, удостоверяя себя в абсолютной честности в отношении обоих. Если доктор знает, что определенные дозы морфия ускоряют смерть, то, прописывая их, она не может говорить, что это не является ее намерением. Это отчетливая часть ее намерения, которую она присовокупила к намерению облегчить боль. И если врач прописывает дозу, превышающую болеутоляющую, то она должна признать, что ее первоначальным намерением было ускорение смерти.

Философская оценка

Ранее я попыталась обобщить и оценить некоторые важные различия в вопросе эйтаназии, обсуждавшиеся философами. Как и следовало ожидать, философы настаивают на том, что мы должны проверять последовательность принятых нами оппозиций и принципов.

Христианская перспектива

Далее я бы хотела проверить следующее: несет ли христианское учение с собой некоторый дальнейший путеводитель для нас? У христиан существуют разногласия по многим вопросам, но большинство согласится с двумя следующими утверждениями. Первое - что Иисус Христос является их Учителем и примером для подражания. Второе - что источником их познания о Его примере и учении является Библия. Разногласия возникают тогда, когда Библия отвечает молчанием на некоторые вопросы или представляет возможность более чем одного толкования.

Иисуса часто называют Великим Врачом, потому что Библия повествует, что Он исцелил множество людей. Слепым Он давал зрение, глухих делал способными слышать, хромым снова могли ходить, даже в

умерших Он вдыхал дыхание жизни. Христос дал Своим ученикам власть распространять это служение исцеления. Сегодня мы видим врачей и работников здравоохранения, использующих достижения современной медицины в области христианского служения исцеления.

В Писании мы находим принципы учения Иисуса, которые тесно соприкасаются с утверждениями философов. Золотое правило “Как Вы хотите, чтобы с Вами поступали, так и Вы поступайте” или “Возлюби ближнего твоего как самого себя” - это, в сущности, то, что Кант хотел сосредоточить в этике своего категорического императива. Полезный принцип “Помоги, но не навреди” также содержится в учении Иисуса.

Являя этику добродетели, христианство четко указывает на Иисуса Христа как на пример добродетельной личности. Более того, Его действия неукоснительно следуют принципам Золотого правила и благотворительности, которые Он провозглашал.

Говорит ли Иисус что-либо о трех утверждениях, которые мы обсудили ранее: священности жизни, убийстве в сравнении с позволением умереть и о доктрине двойного эффекта?

Священность жизни

Ветхий Завет содержит в списке Десятизакония заповедь “Не убивай”. Тем не менее, существуют случаи в Ветхом Завете, когда Бог повелевал израильтянам убивать различных людей. В Новом Завете Иисус обобщает заповеди, говоря: “Возлюби Господа Бога твоего всем сердцем твоим, всем разумом и всей душой твоей, и ближнего твоего как самого себя”, определяя своим ближним ненавистного самарянина. Иисус также учил, что мы должны подставить другую щеку, если нас кто-то ударил. Он сказал: “Нет большей любви, если кто положит душу свою за друзей своих”. Далее Иисус разъясняет, со ссылкой на Свою смерть, что Он отдал Свою жизнь; она не была отнята.

Какая картина рисуется перед нашими глазами? Человеческая жизнь священна, это так. Но должна ли она быть сохранена во что бы то ни стало и никогда не отниматься или не отдаваться? Кажется, что нет. Понимающая любовь может призывать к отдаче моей жизни или даже отнятию ее, но подобные действия очень серьезны.

Убийство или позволение умереть

Что можно сказать о различии между убийством и позволением умереть? Существует ли нравственное различие? В любом случае пациент умирает (предполагается, что поддержка состояла в том, чтобы поддерживать состояние “жизни”). В любом случае намерение состоит в том, чтобы прекратить поддержку, то есть позволить или создать предпосылки для смерти. Проверка Писанием может состоять в вопросе:

помогаю ли я или приношу вред, делая то или другое, и люблю ли я моего ближнего как самого себя?

Доктрина двойного эффекта

Что же можно сказать о доктрине двойного эффекта? Обычно жизнь преподносит нам смешанные благословения. Редко наши действия выражаются только в хороших или только плохих последствиях. Мы должны подходить с подозрением к доктрине, которая позволяет нам отрицать плохое, утверждая, что только доброе определяло наше намерение. Самые сильные слова осуждения, которые произнес Иисус, были направлены в адрес лицемеров, например, тех, которые прилюдно молились ради того, чтобы их заметили. Для Иисуса намерения, несомненно, важны, но каждый должен быть осторожен в своем суждении о них. Даю ли я чрезмерную пропорцию морфия из-за того, что чувствую себя неудобно при виде страданий пациента или потому, что это необходимо ему? Отказываюсь ли я давать сверхнормативный морфий из-за моей щепетильности в исполнении нравственного закона или потому, что это не является действием любви? Я должен спросить себя: не делаю ли я пациентов невольными мучениками за свои собственные чувства или принципы?

Иисус как пример

Практиковал ли Иисус, Великий Врач, эйтаназию когда-либо? Библия не содержит сведений о том, что Ему приходилось делать подобный выбор. Она свидетельствует о многочисленных случаях Его исцелений и даже воскрешений из мертвых. Мы не можем привести факта, когда бы Он умертвил кого-либо, хотя Он не исцелил всех больных и не воскресил всех мертвых. Ни один рассказ не может представить нам полной картины, но существует один случай, который, возможно, прольет свет на нашу проблему.

(Ев. от Марка 3:1-6) Фарисеи искали случая, чтобы уловить Иисуса в творении неправедных дел. Поэтому они последовали за Ним в синагогу в субботу, чтобы посмотреть, не исцелит ли Он кого-либо и таким образом обвинить Его в нарушении Закона, который воспрещает работать в субботу. Иисус знал их намерения, так что он вызвал человека с парализованной рукой на середину комнаты. Затем Он повернулся к народу и спросил, что Закон разрешает творить им в субботу - "Помочь или причинить вред? Спасти человеческую жизнь или погубить ее?" Конечно, сам метод постановки вопроса обрек на неудачу план фарисеев и разъярил их так, что они не захотели отвечать. Иисус затем исцелил руку человека, а фарисеи составили заговор с целью предать смерти Иисуса.

Я выбрала именно эту историю, потому что она показывает приверженность Иисуса духу, а не букве Закона. Она демонстрирует заботу Иисуса о благополучии личности. Рассказ также раскрывает лицемерие фарисеев. Конечно, ясно то, что медицинские работники и другие люди должны заботиться о спасении жизней, а не об их разрушении, о помощи, но не о причинении вреда. Но так же, как Иисус отошел от буквы Закона о субботе, Он, возможно, воспринял бы возможность определенных обстоятельств, в которых спасение жизни причинит вред человеку, а прекращение жизни поможет ему. В таких необычных обстоятельствах эйтаназия, возможно, будет правильным образом действий.

Фарисеи не заботились ни о человеке с парализованной рукой, ни о Законе Божием. Они думали лишь о собственном благополучии и о возможности избавиться от Иисуса, который доставлял им немало хлопот. И они были неправы так же, как люди, практикующие эйтаназия или воздерживающиеся от нее во имя собственного благополучия.

Точно так, как Иисус не оставил четких правил о работе в субботу, так же и данный доклад не предусматривает точных правил в отношении дозволенности или нравственного запрета на совершение эйтаназии. Это значит, что он не принесет большой пользы инициаторам законов. Тем не менее, для тех, кто ищут руководства в индивидуальных нравственных поступках, он предусматривает по крайней мере два утверждения. Первое - мы должны помогать, а не приносить вред, всегда проявляя к нашему ближнему такую любовь, которую мы проявляем к себе. И второе - мы должны всегда избегать лицемерия, особенно когда мы проверяем мотивы наших действий.

Эйтаназия: принципиальный взгляд с христианских позиций

Шейла Рутледж Хардинг, адъюнкт-профессор отдела патологии университета Саскачеван. *Джон Патрик*, адъюнкт-профессор биохимии и педиатрии университета Оттавы.

Перевод с английского Г. Головки

Настоящая работа была представлена особой комиссии сената Канады по вопросам эйтаназии и ассистируемого суицида. Опубликовано Христианским Обществом врачей и дантистов Канады, апрель 1995.

Предисловие: Христианские предположения

Христианское общество врачей и дантистов Канады объединяет более тысячи практикующих врачей. Основными важными предпосылками их отношения к вопросу эйтаназии являются следующие шесть положений:

- 1 Мы все созданы Богом, и человек не должен восприниматься исключительно как продукт случайных процессов.
- 2 Поэтому мы несем ответственность перед Богом за свои поступки.
- 3 Время начала жизни и ее конца должно быть прерогативой Бога, а не нашей.
- 4 Смерть не является концом всего, потому что наши души бессмертны.
- 5 Страдание всегда должно пробуждать чуткую заботу, и эйтаназия не должна восприниматься и применяться как выход из положения.
- 6 Те, кто страдают, являются важными членами общества и должны быть им признаны. Мы полагаем, что мужественное терпение во время страданий несет в себе величайшее нравственное и социальное благо обществу; в свою очередь, признанием такого вклада общество утверждает личность. (*Вспомните о влиянии Терри Фокса на канадцев.*)

Мы не предлагаем доказать эти утверждения, так как доказательство всегда бесполезно в таких общих вопросах. Наоборот, мы поддерживаем их, потому что они поддерживают концепцию человеческой жизни.

Подумайте над тем, что пишет Дитрих Бонхоффер, человек, видевший столько страданий, что далеко не каждый когда-либо увидит:

В глазах Бога нет жизни, которая не имела бы ценности, которую не стоило бы жить, потому что жизнь сама по себе ценится Богом. Нищий Лазарь, больной проказой, лежал у ворот богача, и псы лизали его раны; он не приносил никакой общественной пользы; однако Бог полагал, что он достоин вечной жизни. И где еще, если не в Боге, должен находиться критерий величайшей ценности жизни?

Мы не можем проигнорировать тот факт, что предположительно ничего не стоящая жизнь больного пробуждает в человеке самую высокую степень самопожертвования и даже подлинный героизм; именно самозабвенное и любящее служение здоровой жизни больной положило начало настоящим ценностям, которые чрезвычайно полезны обществу.¹

Мы признаем, что все эти утверждения являются убеждениями, которые невозможно ни доказать, ни опровергнуть, но с уважением заявляем, что и противоположные положения являются убеждениями, проявлениями веры, которые также невозможно ни доказать, ни опровергнуть. Каждое из положений, перечисленных выше, противоречит нейтральной, рациональной точке зрения, а альтернативному утверждению, основанному на вере. Например, альтернативным первому положению будет утверждение, что мы не созданы Богом, а являемся продуктом какого-то неизвестного процесса, который можно описать только с точки зрения случайности. Ни одно из утверждений не доступно неопровержимому доказательству. Никто не обладает монополией на правоту в этом споре.

Искажение языка

*“Слова означают то,
что я хочу чтобы они значили”
Шалтай-Болтай*

Хотя эйтаназия обычно понимается как проявление милосердия и логическая составляющая “смерти с достоинством”, ее легализация, надо полагать, приведет к таким формам убийства, которые не будут иметь никакого отношения ни к милосердию, ни к достоинству. Останется ли эйтаназия в случае легализации исключением из правила, чем она являлась до настоящего момента? Мы думаем, что нет. Обратите внимание на то, что случилось с абортами. Такой весьма важный поступок, недвусмысленно определяемый словом “аборт”, был замутнен аргументами о правах и свободах. Первоначально легализация абортотакже предполагалась как просто процесс легализации того, что уже имело место — то есть аборт разрешались в редких случаях, когда

¹ Bonhoeffer d. Ethics SCM Press, London, pp 138-9.

беременность была результатом изнасилования или когда считали, что беременность представляет реальную угрозу здоровью будущей матери. Сейчас в Канаде эта процедура стала наиболее частым явлением. Легализация аборт во всем мире привела к пятидесяти миллионам таких процедур ежедневно.

В спорах об эйтаназии термин “смерть с достоинством” представляется очень неудачным, потому что он создает ложную дихотомию, которая, как оказывается, склонна убеждать, а не информировать. Альтернативой смерти с достоинством, осуществляемой с помощью милосердного убийства и ассистируемого суицида, не является, как полагают, смерть без достоинства. Огромное количество смертей не подходит ни под одну из этих категорий, являясь достойными, часто смелыми поступками — люди встречаются смерть лицом к лицу, не прибегая к помощи тех, кто о них заботится, чтобы ускорить свой уход. Затуманивание языка в этом споре является одним из наиболее пагубных аспектов всего процесса. Только если сторонники эйтаназии и ее противники согласятся использовать язык искреннего общения и называть вещи своими именами, спор может стать честным.

Традиция медицины.

“Чтите свою профессию и ее традиции”
Моральный кодекс Ассоциации канадских врачей

Те положения, которые мы изложили, объединяли христиан в течение тысячелетий. Это не второстепенными позиции, наоборот, они сформировали нравственные основы, на которых, как мы теперь знаем, зародилась медицина. Медицина начиналась с сострадания, а не с эффективного лечения. Доктора традиционно полагали, что первоначальная обязанность медицины не навредить и не убить. Это справедливо в отношении Гиппократов, а также христианских врачей. Известный французский афоризм, который гласит: *Иногда исцелять, часто облегчать, и всегда утешать,* — все еще отражает то, что одобрило бы большинство пациентов. Превращение врачей в носителей смерти является отрицанием благородной медицинской традиции.

Культуролог Маргарет Мид признала это. Наша культура — первая, в которой возникло полное разграничение между убийством и исцелением. В примитивном мире роль врача и роль колдуна преимущественным образом исполнял один и тот же человек. Один человек располагал властью убивать и властью исцелять, в частности, отменять свои направленные на убийство действия... Начиная с древних греков, разграничение стало очевидным. Представители профессии, покрови-

телем которой был бог Асклепий, обязаны были посвятить себя сохранению человеческой жизни при любых обстоятельствах, независимо от ранга, возраста, пола или интеллекта человека — жизни раба, жизни императора, жизни неполноценного ребенка... Жизнь — это бесценный дар, который нельзя терять. Но общество имеет тенденцию превращать врачей в убийц — убить неполноценных детей сразу после рождения, поставить снотворное у постели больного с онкологическим заболеванием... Долг общества — оградить врачей от подобных требований.”²

Тот факт, что врачи иногда виноваты, скорее, в продлении процесса умирания, чем в поддержании жизни, является не оправданием эйтаназии, а поводом для того, чтобы исправить ошибки вмешивающейся не в свои дела медицины. Движение милосердия, предоставляющее больным приюты, богадельни, монастырские больницы, начатое доктором Сайсли Сондерсом (членом нашей организации сестер милосердия Англии), направлено именно на проявление надлежущей и сострадательной заботы. Стоит заметить, что движение, направленное на то, чтобы разрешить милосердное убийство и ассистируемый суицид, возглавляют не врачи с большим опытом проявления заботы и утешения, а, скорее, патологи и врачи с технологическим уклоном специализации. Эти медики наиболее подвержены опасности рассматривать больного как предмет.

Все врачи признают, что пациент имеет право отказаться от лечения, и это право записано в Канадском законодательстве с 1935 года. Широкое освещение этих прав, доступное объяснение возможного результата лечения для того, чтобы обеспечить полную информацию для принятия решения развеет, без сомнения, страхи обывателя по поводу вмешательства медицины не в свои дела. В настоящее время широкое и наивное внимание к призыву “Либо ты умрешь в мучительной агонии, либо ты проголосуешь за эйтаназия” выявляет, с нашей точки зрения, отсутствие подобного просвещения. Первым побуждением врача должно быть желание успокоить и принести облегчение. Чрезвычайно редко возникает ситуация невозможности одновременно устранять боль и утешать пациента. Милосердное убийство и ассистируемый суицид не являются правильным решением проблемы смерти, причиняющей сильные боли, гораздо лучше и приемлемей в данной ситуации успокаивающая забота.

²Mead M. quoted in Marker R et al. Euthanasia: a historical overview. Maryland J Contemporary Legal Issues. 1991; 2:257-298.

Эйтаназия как отступление от медицинской традиции

Мы утверждаем, что в рамках традиций медицины неэтично прибегать к медицинским средствам или отказываться от лечения только для того, чтобы наступила смерть. Если применение эйтаназии будет легализовано, немедленно возникнет давление на докторов, чтобы они стали лицами, осуществляющими эйтаназия, когда о ней попросят, будет ли эта просьба выражена в прямой форме или в виде завещания своих органов другим после смерти. Нужно заметить, что министр здравоохранения Голландии уже заявила, что она бы лишила лицензии всякого врача, который отказывается убить пациента, когда его об этом просят. Впоследствии будет оказываться давление применять эйтаназия без строгой необходимости, настойчивых просьб, повторных заключений специалистов, без наличия неизлечимых заболеваний и так далее. Отношения договора или, точнее, даже завета между пациентами и врачами — вместе бороться за жизнь, — которые являются сердцем медицины, были бы при этом разрушены. Ведь основным является то, что врач несет ответственность перед пациентом как перед личностью, с которой он состоит в этом жизнеутверждающем завете.

Когда Гиппократ начал медицинскую практику, соблюдая верность клятве, которая носит теперь его имя, он был представителем малочисленной зарождающейся группы врачей, которых считали глупцами, поскольку они отказывались от важного источника доходов. Несмотря на это, общество вскоре признало, что их путь был гораздо лучше, и заставило остальных врачей последовать их примеру.

Преждевременная смерть как результат лечения

Смерть как побочный результат лечения не является эйтаназией. Есть существенная, неказуистическая разница между смертью, наступившей преждевременно вследствие полученных наркотиков для облегчения боли, и смертью, вызванной теми же самыми наркотиками, выданными в летальной дозе с намерением убить. От врача требуется критическая самооценка, для этого он должен ответить на вопрос “Если бы у меня было другое лекарство, которое бы облегчило боль и не сократило жизнь, применил бы я его?”

Аргументам, при помощи которых пытаются стереть эту разницу, следует противостоять с позиций интеллектуальной честности. Правоведение имеет длинную и безупречную летопись фактов внимательного толкования языка. Этот заслуженный список будет разрушен, если допустить игру слов в языке, которая ошибочно уравнивает эйтаназия с первоначальным обязательством медицины утешать. Мотив всегда имеет важное значение в нашей правовой системе.

Отклики на последствия технологических возможностей современной медицины

Этические дилеммы, рожденные нашими все возрастающими технологическими возможностями продления жизни вопреки неизбежности смерти, не должны решаться посредством легализации убийства. Продление процесса умирания обычно является безнравственным, и на это, конечно, следует обратить особое внимание. Пациенты не нуждаются в помощи, чтобы сформулировать свои убеждения и выработать тактику поведения для ориентирования в сложностях современной медицины. Когда лечение продлевает жизнь с двух месяцев до трех ценой двухмесячного пребывания в больнице, многие пациенты пожелали бы провести эти два месяца дома, если бы им должным образом объяснили условия выбора. Такой выбор вполне этичен. Необходимо глубже исследовать то, как пациенты получают информацию и принимают решения. Больница — не лучшее место, где пациент может узнать о реальном положении вещей, и в настоящее время порядок информирования больного для получения его согласия не служит пациентам адекватно. Нам необходимо больше узнать о том, какой выбор приносит лучший результат для каждого пациента и для тех, кого они любят. Студентов мединститутов необходимо гораздо больше просвещать в этой области.

Нам, как единому обществу, крайне необходимо осознать нашу собственную смертность, для того чтобы мы могли принимать соответствующие решения, как мы умрем. Сейчас среди медиков очень распространено отношение к смерти как к чему-то, что подкрадывается почти незаметно, а не ставит перед нами вопросы о смысле жизни. Стоит нам обратиться к этим вопросам, и мы можем надеяться, что закончим свою жизнь иначе, и мы по-новому оценим жизни тех, кто достойно дождался наступления своей естественной смерти. Процесс умирания может стать наиболее важным и решающим периодом жизни, временем, когда все начинает приобретать смысл. Действительно, прерывание этого процесса на начальных стадиях злости и безверия окажет плохую услугу и умирающему, и тем, кто остается.

В частности, принятие решения по поводу лечения в конечной фазе жизни человека, который уже неспособен принимать свои собственные решения, требует вмешательства других людей, обычно членов семьи пациента. Назначенный представитель правительства вряд ли сможет быть достаточно проникательным, чтобы понять реальный смысл того, что говорит пациент (смотри ниже). Легализация ассистируемого суицида может позволить врачу пренебречь всем содержанием предыдущей жизни пациента безо всякого страха юридических последствий. Административное давление, направленное на скорейшее освобождение пациента от жизни, станет широко распространенным явлением.

Уважение независимости

В течение последних трех десятилетий наблюдался усиленный рост внимания к независимости пациента как ведущему этическому принципу практической медицины. Независимость понимается как самоопределение, представление о ней сводится к правам, в частности, к праву, на которое намекается в распространённом высказывании: “Так чья же это жизнь?” Как христиане мы довольствуемся понятием независимости настолько, насколько оно отражает уникальную индивидуальность каждого человека, созданного по образу Божьему, и в конечном счете несем ответственность перед своим Создателем.

Но нас приводит в недоумение то, что независимость пациента должна быть одним из основных аргументов, выдвигаемых в защиту добровольной эйтаназии. Может ли больной и испуганный пациент, стоящий на пороге смерти, действительно быть в состоянии сделать выбор? Депрессия, смятение, постоянные физические мучения, ощущение себя обузой, сознательное или невольное давление со стороны семьи, друзей, тех, кто оказывает заботу, или общества — все это может свести на нет независимости выбора. Мы уверены, что большинство просьб об эйтаназии будут высказываться под влиянием одного или более из этих факторов. Наше уважение к независимости означает, что именно с ее позиций мы выступаем против эйтаназии. Утверждают, что статьи, позволяющие врачу не пользоваться правом, если оно противоречит его совести, защитят докторов, у которых есть возражения, но примеры из Нидерландов свидетельствуют об обратном. Мы уверены, что разрешающее законодательство может заставить уйти из некоторых специальностей именно тех докторов, которым при других обстоятельствах следовало бы там находиться, как сделало законодательство, разрешившее аборт в акушерстве и гинекологии. Мы также уверены, что это отразится на характере целителя, который будет становиться, хотя и редко и с какими бы то ни было хорошими намерениями, убийцей.

Несмотря на эти возражения, мы признаем, что, возможно, будут (хотя и весьма незначительный процент) просьбы об эйтаназии, которые явятся обдуманном выбором, по-настоящему отражающим независимость. Почему бы не принять закон, чтобы оказать услугу этим людям? Ответ лежит в характере наших взаимоотношений в обществе. Чтобы изменить закон с целью разрешить мистеру А. воспользоваться своим тщательно обдуманном правом быть убитым, общество вынуждено будет сойти с позиций абсолютной защиты всех пациентов в сомнительную область отвлеченных суждений, которые по своей сути относительно. В отношении некоторых они будут неизбежно случайными и, по существу, несправедливыми. В таком случае мистер А. проявит свою ответственность перед обществом, если откажется от своего права на эйтаназия.

На примере Нидерландов ясно видно, что там, где допускают добровольную эйтаназия, появляется и недобровольная. Это, конечно, не иллюстрация уважения к независимости, но худший из возможных пример отеческой заботы, когда врач решает, чье-то жизнь не стоит того, чтобы жить. Следовательно, мы полагаем, что уважение к независимости является аргументом против эйтаназии.

Успокаивающая забота

Хорошая успокаивающая забота может облегчить большинство страданий. Она также гарантирует людям поддержку в их неизлечимой болезни. Часто человека охватывает страх одиночества перед лицом неизбежной смерти. Жалобы, которые являются частью того, о чем говорит умирающий, нельзя воспринимать как просьбы об ассистируемом суициде или милосердном убийстве. Чаще всего они являются просьбами умирающего о подтверждении ценности его жизни со стороны тех, кого он любит, кто страдает вместе с ним. В прошлом самым большим страхом перед смертью было умереть без отпущения грехов, без последней исповеди. Даже сегодня очевидно, что медленное умирание, которое дает время на примирение и прощение, явно лучше для тех, кто остается. Таким образом, мы должны ожидать, что в процессе роста клинического применения эйтаназии, будут возникать запоздалые неблагоприятные эффекты среди тех, кто будет вынужден жить с воспоминаниями о своем участии в безвременной смерти другого человека. Необходимо отметить, что описание умирающего от БАС (боковой амиотрофический склероз), которые появились в прессе в связи с делом Родрикеса, не были описаниями “обычной” смерти от БАС и ничего не сообщали об обычной мучительности естественной смерти.

Вопрос об успокаивающей заботе также связан с многократно обсуждаемой проблемой дороговизны процесса умирания, так как большая часть этой стоимости принадлежит высокой технической оснащенности последних попыток лечения, которых успокаивающая забота избегает.

Влияние мировоззрения

1. Многообразие культур и плюрализм.

Последствия нашего общего понимания значения и цели жизни для нашего умирания не до конца осознаны в Канаде. Мы настолько привыкли к мысли, что являемся частью многокультурного и плюралистического общества, что не отдаем себе отчета в том, что это может или не может означать. Мы справедливо гордимся тем, как в Канаде благосклонно относятся к людям разного этического и культурного

происхождения. Терпимость к разнообразию, отличиям внутренних миров важна для успеха канадского эксперимента. Однако это не может означать, как очень многие, кажется, полагают, что все точки зрения о добре и зле равноценны. Некоторые из них находятся в противоречии друг с другом. Необходимо лишь на минуту задуматься, чтобы понять, что мы не могли бы признать понимание аятоллы Хомейни того, как нужно управлять государством, равноценным западной традиции, которая формирует основы Канады. Понимание личной свободы нами и Хомейни — несовместимы. Некоторые точки зрения несовместимы с тем, кем мы являемся. Если взять современный пример, то мы не разрешаем обрезание девочек в Канаде, несмотря на культурное значение этого обряда для некоторых иммигрантов. На деле мы просто говорим, что мы правы.

Но в течение последних нескольких веков традиционная западная идея либерализма изменилась; первоначальная идея прав как “безупречных свобод” была незаметно переделана в безудержное расширение личной свободы, невзирая на других. Многие политические решения — аборт по требованию до рождения, общественное финансирование абортов, “права гомосексуалистов”, смертная казнь — не имеют поддержки большинства общества. Законодательная власть не должна относиться к народу с презрением. В этих важных нравственных вопросах, одним из которых является эйтаназия, необходимо учитывать культурное состояние Канады, если мы хотим быть достойными называться страной демократии.

2. Культурные отклики в Канаде в связи с дискуссией

по эйтаназии.

Видеть достижения истории Канады в простом удовлетворении по существу животных потребностей в пище, сексе и физическом комфорте для себя или своей семьи недостойно ее. У нас есть старая традиция выполнения неписаных обязательств перед обществом. Мы всегда признаем, что страдание, мужественно перенесенное, делает наше общество более цивилизованным. Чтобы удостовериться в этом, нам только нужно посмотреть на то, как повышается обычный уровень альтруизма у клубов услуг и большинства людей при виде страданий детей.

Для христианского нравственного облика, который все еще доминирует в содержании истории Канады, любовь и самопожертвование являются основным мотивом. Ничто не должно быть сделано для нашего личного комфорта, если это хотя бы потенциально угрожает жизням других. Права, о которых мечтают те, кто хотят легализовать эйтаназию, вскоре могут стать нежеланными обязанностями для многих других, чьи жизни будут поставлены на грань риска в обществе, которое примет позицию, что есть такая вещь как жизнь, не стоящая того, чтобы

жить.

Ограниченность принудительного законодательства

Наиболее частой реакцией на сценарий, рассмотренный нами, будет такая: мы пытаемся пугать понапрасну. Есть достаточно доказательств того, что это не так. Голландский опыт показывает: закон всегда пытаются обойти. Доктор Карл Ганнингс смог показать, что в течение нескольких месяцев официального утверждения директивных указаний их систематически безнаказанно нарушают. Вполне очевидно, что наказание тех врачей, которые нарушают директивные указания, просто приведет к тому, что их коллеги перестанут докладывать о случаях применения эйтаназии. Директивные указания, гласящие, что пациент должен страдать от неизлечимой болезни, что просьба должна быть недвусмысленной и выраженной по своей воле, многократно повторенной, настойчивой, что необходимо обратиться за повторным заключением специалистов — неоднократно нарушались. Таким образом, с молчаливого согласия позволялось убивать неполноценных младенцев, включать в состав подлежащих эйтаназии сумасшедших по доверенности их близких, подвергать эйтаназии лиц, находящихся в депрессии, и убивать без их согласия тех, у кого рак дал метастазы. При таких обстоятельствах можем ли мы быть недопустимо высокомерными и утверждать, что будем действовать лучше, чем голландцы, которые в свое время так отважно сражались с Гитлером?

Заключение.

Печально, но мы живем в расколотом обществе, в котором больше нет единого нравственного консенсуса. Для тех, кто полагают, что они прекращают свое существование со смертью, жизнь и страдания в конечном счете представляются абсурдными и утверждение даже ничтожной власти над смертью дает их хоть какое-то ощущение силы.

Дилан Томас хорошо выразил это настроение:

*Не идите тихо в эту чудную ночь,
Старость опалит и взвояет на исходе дня,
Злись, злись на умирание света.*

В противоположность этому те, кто разделяют утверждения апостола Павла: ... *я знаю, в Кого уверовал, и уверен, что Он силен сохранить залог мой на оный день*, — конечно, захотят довериться Богу в своем прощании и уходе из этой жизни. Они не верят, что жизнь, в конечном счете, является нелепостью и что страдания не играют никакой роли. Этим двум мнениям трудно найти общий язык.

Если победят те, кто не разделяют точку зрения, выраженную в этом докладе, то нам кажется очевидным, что определенные логичные,

но нравственно отвратительные последствия неизбежно коснутся, в первую очередь, стариков, беспомощных, неполноценных, как это уже случилось в Голландии. Было бы наивным отрицать это. Было бы также наивным не признать давления, которое будет оказываться на хирургов, медсестер и администрацию в случае, если эйтаназия станет правом, записанным в законодательстве. Пусть никто не думает, что ему будут следовать в клиническом определении; историю учит нас обратному. Это не путь к более доброй и нежной Канаде. Последние отчеты из Голландии показывают, что с возрастом применением милосердного убийства и ассистируемого суицида уменьшается внимание к боли, лечение ослабевает; до 25% людей, умерших с помощью милосердного убийства, не давали на это своего согласия. Хотя право закончить жизнь по собственной воле является логичным для тех, кто не верит в Бога, наш призыв должен быть направлен на то, чтобы осуществление таких просьб не имело места в рамках медицины.

Мы хотели бы завершить свой доклад словами Альбера Камю — не потому что он разделяет общую философскую позицию, изложенную в данном докладе, а потому что, будучи нехристианином, он ясно видел ценность христианской нравственной настороженности по отношению к некоторым наиболее опасным стремлениям современности. Он писал:

Мир ожидает от христиан, что они настолько громко повысят свои голоса и так ясно сформулируют свой протест, что даже у самого простого человека не будет ни малейшего сомнения в том, о чем они говорят. Далее, мир ожидает от христиан, что они сами воздержатся от всех неясных абстракций и займут твердую позицию перед кровавым лицом истории. Мы нуждаемся в людях, которые решительно намерены говорить прямо и безошибочно и готовы придерживаться того, что они сами сказали.

Камю также сказал в своей речи во время вручения ему Нобелевской премии, что он хотел ... *выработать искусство жить во время катастрофы, чтобы заново родиться через открытое сражение с инстинктом смерти, действующем в нашем обществе.*

Мы надеемся, что прошли какой-то путь по направлению к тому, чтобы стать такими христианами, о которых Камю сказал, что в них нуждается мир, по крайней мере, в том смысле, что мы имеем в виду. Если эйтаназия легализируют и отдадут ее осуществление под ответственность врачей, Канада встанет на путь страны, в которой честные врачи, прямые потомки благородной истории медицины, вынуждены будут сражаться, чтобы сохранить свое право лечить, и в которой пациенты вынуждены будут просить об оказании им помощи во избежание смерти.

Приложения

*Примеры из врачебной практики
доктора Шейлы Рутледж Хардинг*

Эти случаи представляют собой подлинные истории реальных людей, которые противостояли угрожающему жизни заболеванию. Они отобраны, чтобы проиллюстрировать, как ранимы могут быть такие люди, как сложны могут быть вопросы и межличностные отношения в такой ситуации. Первые три пациента находились под моей опекой. Четвертый научил меня, что действительно означает забота. Пятый находится под моей опекой и по сей день.

1. Миссис С.Т.

Миссис Т. была шестидесятилетней замужней женщиной с тремя взрослыми детьми. У нее была распространенная миелома, и она находилась на лечении из одного из моих коллег в течение нескольких месяцев. Она часто лежала в больнице с осложнениями, вызванными ее заболеванием и его лечением. У нее были спонтанные переломы костей, но ее боль успешно контролировалась таблетированными наркотиками.

Я познакомилась с историей болезни миссис Т. в то время, когда мой коллега отсутствовал. Ее доставили в больницу с пневмонией. Она благополучно выздоравливала и с нетерпением ожидала возвращения домой, как вдруг ее выписку отложили по причине сильного кровотечения из носа. Для контроля необходимо было поддерживающее переливание крови и очень неудобный задненазальный тампон. Это относительно незначительное событие было “последней каплей” для миссис Т.. Она заявила, что не хочет никакого дальнейшего лечения, что она хочет, чтобы немедленно вынули тампон, и она поедет домой при любых обстоятельствах.

В тот день между миссис Т. и мной состоялась первый из нескольких последующих долгих разговоров. Я пообещала, что сделаю все возможное, чтобы благополучно доставить ее домой и как можно скорее. Она согласилась остаться в больнице на 24 часа. В течение последующих дней она смогла уточнить, что она себе желала, а что нет. Состоялась встреча пациентки с ее семьей и группой успокаивающей заботы. Было достигнуто разработанное до мельчайших подробностей соглашение об успокаивающей домашней заботе согласно директивным указаниям о чутком отношении к возникающим симптомам болезни без каких-либо агрессивных вмешательств. Была назначена дата выписки. Миссис Т. была спокойна и явно согласна с решениями, которые она

приняла. Она ожидала отъезда домой, планируя остаться дома при любых обстоятельствах.

Когда закончилась встреча, и пациентку отвезли в ее палату, ко мне подошли дочери миссис Т.. С ними был ее муж, но он держался на несколько шагов позади, храня молчание в течение всего последующего разговора. Дочери сказали: “С мамы хватит. Она достаточно настрадалась. Она не хочет активного лечения. Она готова умереть. Давайте с этим покончим. Она уже принимает большие дозы морфия. Конечно же, вы могли бы сделать ей одолжение и дать ей достаточно большую дозу морфия, чтобы быть уверенным в том, что она тихо и спокойно уснет и больше не проснется для повторных страданий в этом мире. Пожалуйста”. Я объяснила, насколько могла мягко, что я не буду намеренно причинять смерть этой женщине. Я согласилась, что ситуация была трудной для всех, и сделала вывод, что они боятся ее возвращения домой больше, чем она сама. Я намекнула, что, вероятно, не пациент, а семья достаточно настрадалась, и посоветовала воспользоваться поддержкой и опытом группы успокаивающей заботы. Я пообещала, что изо всех сил попытаюсь соблюдать указания пациентки относительно заботы о ней.

Пациентку выписали, как и было запланировано, мой коллега вернулся в город, и я больше ничего не слышала о миссис Т. в течение шести месяцев. Однажды на больничной стоянке для машин меня окликнула одна из ее дочерей и подбежала ко мне. Она выразила свою благодарность, что я отклонила их просьбу “покончить с этим”. Она сказала, что ее мама провела несколько мирных месяцев дома, которыми она была очень довольна, что группа успокаивающей заботы очень им помогла, и семья благодарна за то время, которое она провела с мамой и что семейные отношения во многом улучшились. Пациентка мирно скончалась без “посторонней помощи”.

Это был единственный раз, когда меня просили убить пациента. У меня никогда не было пациентов, которые обращались бы с прямой просьбой. Это потому, что я им не кажусь подходящей для этого? Или они не просят, потому что наперед знают, каким будет ответ? Или все-таки это показатель того, что они доверяют мне заботиться о них до последней минуты их жизни?

2. Миссис Л. П.

Миссис Л. была тридцатидвухлетней замужней женщиной с двумя маленькими детьми. Ее лечили от острого мелоидного лейкоза. Полная ремиссия была достигнута после одного курса химиотерапии. Первый курс укрепляющей химиотерапии прошел относительно спокойно. Провели второй и последний курс химиотерапии. Через три недели, как раз, когда ожидали выздоровления костного мозга, она подхватила инфекцию

и у нее развился синдром дыхательной недостаточности, требующий помощи аппарата искусственного дыхания (АИД).

В течение следующих двух дней бригада отделения интенсивной терапии предсказывала близкую смерть в течение суток на основании прогнозов выживания в подобных ситуациях. Мистер П. негодовал по этому поводу и, в конце концов, отказался разговаривать непосредственно с врачами отделения интенсивной терапии, решив вместо этого поговорить со мной. “Когда вы скажете мне, что пришло время отступить, я поверю этому”. Мистер П. и я напомнили друг другу о разговоре, который состоялся между мною, Л. и ним о разумной необходимости укрепления химиотерапии и сопутствующем риске, включая 10% риска смертельного исхода из-за осложнений после химиотерапии. Ответ Л. был такой: “Я хочу, чтобы вы сделали все необходимое, чтобы это одолеть, а я сделаю все, что требуется, чтобы вынести это.”

В течение следующих двух недель Л. оставалась в зависимости от АИД, с дисфункцией многих органов. Она принимала пять антибиотиков и большое количество других таблеток, включая болеутоляющее и наркотики. Ее костный мозг выздоровел, и количество красных телец в крови было в норме. Когда же отменили болеутоляющие таблетки, Л. попыталась освободиться от внутритрахеальной трубки. Она писала настойчивые просьбы в блокноте для записей, умоляя прекратить вентиляторную поддержку, оставить ее в покое и позволить умереть.

Мистер П. и я договорились, что ее первоначальное решение должно превалировать над просьбами, которые делаются под давлением таких нелегких обстоятельств. Я передала это от его имени бригаде отделения интенсивной терапии. Несколько врачей, медсестер и социальный работник обвинили меня в том, что я поддерживаю мистера П. в его нежелании смотреть правде в глаза и яро защищали право Л. на свободу выбора и отказ от лечения. Затем они обратились непосредственно к мистеру П. и попытались убедить его, что они должны согласиться с ее просьбами. Он отказался. Я поддержала его отказ, и, к счастью, они смирились с этим. Однако с этого момента мистер П. спрашивал о каждом изменении в уходе за пациенткой, чтобы убедиться, что ее тайно не лишают медицинской поддержки.

Л. благополучно отключили от АИД спустя 28 дней после начала интубации. Через пять дней она покинула отделение интенсивной терапии и больше туда не возвращалась. Почти пять лет спустя она все еще находится в ремиссии. Она не помнит ясно время, проведенное в отделении интенсивной терапии, и не вспоминает свои настойчивые просьбы об удалении внутритрахеальной трубки и о том, чтобы ей позволили умереть. Ей страшно подумать, что кто-нибудь мог исполнить

ее просьбы вместо того, чтобы признать их выражением страха, разочарования или безысходности.

Я полагаю, что если бы мистер П. или я были бы менее настойчивыми в том, чтобы продолжать попытки по ее спасению, Л. умерла бы в отделении интенсивной терапии. Справка о смерти гласила бы, что смерть наступила в результате осложнений, вызванных острой лейкемией. “Исполнившееся пророчество” было бы в равной степени справедливо.

3. Мистер К. Р.

К. был двадцатисемилетним женатым мужчиной, у которого была одна маленькая дочь. Миссис Р. была спокойной и довольно робкой. Мистер Р., отец, был развязанным и внушающим страх человеком. Первый раз, когда мистер Р., отец, позвонил мне, чтобы получить информацию, я объяснила, что спрошу разрешения у К. говорить о нем с его отцом. К. сказал, что он не хочет, чтобы я обсуждала положение его дел ни с кем из членов его семьи, кроме как с ним самим или его женой. Он попросил меня передавать ему все вопросы членов его семьи.

К. попал под мое попечение из-за угнетения тромбоцитопоза. Она не подавалась ни одному из доступных видов лечения, но у него не было случаев угрожающих жизни кровотечений. Два года спустя у него появились новые симптомы и признаки, позволяющие поставить диагноз лимфогрануломатоз. Состояние его костного мозга ухудшилось до непластичной анемии. Единственным разумным лечением для обоих заболеваний представлялась трансплантация костного мозга, что и было сделано.

У К. было устойчивое отторжение костного мозга после трансплантации. Он нуждался в переливании крови и часто подвергался сепсису. Использовалось много традиционных терапевтических подходов. Ни один не увенчался успехом. Мы обсудили некоторые экспериментальные виды лечения, которые предложил центр трансплантации, и К. обдумывал, хочет ли он, чтобы врачи применили их.

Через несколько недель после того, как К. вернулся из центра трансплантации, в мой кабинет зашли отец К. и его брат, они очень хотели меня видеть, гневаясь на то, что я непосредственно не информировала их о состоянии К.. Они не желали обратиться к мистеру и миссис Р.. Они сказали мне, что я была слишком агрессивной и нечестной по отношению к К. и подаю ему ложные надежды, что я должна отказаться от поддерживающего лечения и “позволить ему умереть с миром”.

Хотя мы часто говорили о таких вещах, я снова обратилась к К., чтобы убедиться, что он понимает, что у нас остался крайне ограничен-

ный выбор видов лечения с минимальным шансом на успех. Он сказал, что знает о давлении, которое оказывают на меня члены его семьи, чтобы я прекратила лечение, что он знает об их готовности признать поражение. “Если бы они точно знали, когда я собираюсь сдать, тогда они смогли бы планировать свою жизнь. Все это доставляет им массу неудобств”. Затем он сказал, что он сам лично еще не готов сдать, так как его жена пока еще не вступила в борьбу с жизнью, а он не хочет, чтобы она думала, будто он “ушел и оставил все на ее плечах”. Он добавил, что всякое время, проведенное вместе с дочерью, даже в больничной палате, — счастливое время. Он признал, что его жена согласна с тем, что если для его спасения понадобится лечение в отделении интенсивной терапии, он на это не пойдет. Когда я предложила, что, возможно, неплохо было бы сесть вместе со всеми членами семьи и попытаться помочь им понять точку зрения К., он отказался и объяснил: “Отец никогда особо не стремился посмотреть на мир моими глазами.”

Активное лечение проводилось в палате. К. умер от сепсиса спустя короткое время. Его жена выразила от их имени благодарность за мои усилия помочь К.. Сейчас она студентка другого факультета и продолжает приветствовать меня искренне и вежливо.

Отец и брат К. не были такими благодарными. Они писали критические уничижительные письма в администрацию больницы по поводу лечения, которое я проводила этому человеку. Это была ситуация, которой не существовало бы, если бы я прислушалась к пожеланиям семьи, а не пациента. Иногда довольно трудно защитить интересы пациента даже тогда, когда эйтаназия еще не легализована.

4. Доктор Стюарт Рутледж

Доктор Стюарт Рутледж был моим отцом. Он умер в 1990 году в возрасте 67 лет от рака груди. В течение нескольких недель до его смерти он был полностью прикован к постели и страдал, по определению всех, от огромного количества проявлений широко распространенной злокачественной опухоли. Я горько жаловалась близкому другу: “Я не понимаю, почему он все еще здесь. Он уже готов умереть, мама готова смириться с этим, я уверена, что с меня достаточно. В чем смысл всего происходящего? Где присутствие Бога в этом? В чем тут дело?”

Мой друг — мудрая женщина. Она успокоила меня, а затем мягко предложила мне посмотреть на вещи немного шире. Она сказала: “Посмотри на других людей в этой ситуации. Смотри, чтобы увидеть, как Бог, возможно, влияет на их жизни через жизнь твоего отца. Может быть, ты удивишься.” Она была права. Далее я кратко изложу некоторые важные события, которые произошли в последний месяц жизни моего отца. Кто скажет, какие еще важные события произошли, о которых я ничего не знаю?

Мой старший брат, который всегда шел своей дорогой, наконец смог сесть рядом с отцом, сказать и услышать многое, что оставалось несказанным в течение многих лет.

Сестра отца, также борющаяся с раком груди, не могла заставить себя навестить его, потому что боялась увидеть картину того, что ее ожидало. В этот последний месяц она смогла преодолеть свои страхи, и они провели вместе много часов, принеся им обоим чувство удовлетворения.

Мама, медсестра, много месяцев чувствующая себя неспособной помочь человеку, который был ей так дорог в течение шестидесяти лет, нашла возможность применить свои способности ради него и таким образом приобрела уверенность в себе и помогла ему.

Миссис Г., одна из маминых соседок. Мама помогала ей ухаживать за мистером Г., когда он умирал. В течение последних нескольких недель миссис Г. смогла в свою очередь помочь маме. И таким образом две женщины установили крепкие узы дружбы, которая остается важной поддержкой для них обеих.

У внуков отца было достаточно времени, чтобы по-настоящему понять, насколько серьезно был болен их дедушка, и осознать, что ему уже не будет лучше. Когда он умер, их горе смягчила уверенность в том, что он освободился от страданий.

У папы был более легкий выход из положения. Его болезнь была вызвана гипофизарной недостаточностью. Если бы он отказался от принятия стероидов, смерть наступила бы быстро и спокойно. В результате того, что он выбрал жизнь до тех пор, пока смерть не наступит сама, многие другие жизни получили поддержку и обогатились.

5. Росс Хардинг

Росс — мой восьмилетний сын. У него болезнь Менкеса — врожденная дисфункция метаболизма меди. Книжки по медицине все еще описывают эту болезнь как расстройство, “однозначно смертельное в младенчестве”. Однако впервые успешно пролеченному мальчику с этим заболеванием уже 18 лет. Теперь в мире существуют уже десятки излеченных людей. Лечение, ежедневные подкожные инъекции гистидина меди предотвращают токсикацию центральной нервной системы, которая обычно убивает таких детей в младенчестве. У них по-прежнему есть проблемы, касающиеся недоразвитости соединительных тканей. Долговременные прогнозы неизвестны.

Росс был в больнице более двадцати раз. Он перенес десять хирургических операций. Совсем недавно проводили экстренное восстановление мочевого пузыря после разрыва дивертикула через перитонеальную оболочку в брюшную полость и заполнения ее инфицированной

мочой, угрожающего септическим шоком. Сын также знаком с хроническими болями из-за слабых связей и рецидивирующих суставных вывихов.

Россу было три недели, когда был установлен диагноз. Многие советовали нам отказаться от лечения, позволить природе сделать свой выбор. Во многих случаях нас спрашивали, хотели бы мы вообще лечить определенные осложнения. По крайней мере, трижды мы случайно слышали, как детский врач-практикант, который читал о заболевании Менкеса, но не был знаком с Россом, спрашивал, а нужно ли интенсивное лечение ребенку, который “все равно умрет”.

Хотя во многих отношениях Росс являлся физически неполноценным ребенком, он был весел и разговорчив, с тонким чувством юмора, которое служит ему орудием самозащиты в мире, где часто отвергается ценность человеческой жизни, осложненной нетрудоспособностью, особенно если затруднено общение. Однако когда Россу было очень плохо, он сказал такую вещь: “Я действительно люблю жизнь на Небесах.” Нам страшно подумать, как такое заявление может быть истолковано и какое влияние окажет на человека с благими намерениями, но введенного в заблуждение в медицинской среде, которая терпимо относится к смерти по желанию.

Недавно в новостях много раз повторили детали смерти Трейси Латимер. Росс очень внимательно слушал. Он знает, что его воспринимают как физически неполноценного, и он без колебаний готов признать свои физические недостатки. Он говорил о том, что общего у него и Трейси, и о том, что он мог делать, а что нет. Одним из наиболее важных отличий было то, что Росс мог полноценно общаться. Недавно за завтраком, снова услышав в новостях подробное изложение истории Трейси, Росс сказал: “Ты знаешь, мама, в следующий раз, когда я снова заболею, неважно, как сильно я буду страдать от боли, не нужно меня убивать, ладно? Потому что я могу с этим справиться.” Мы успокоили его, что при любых обстоятельствах мы не убьем его. Мне вдруг стало больно за каждого физически неполноценного человека, который выслушал подробности этой истории и по какой-либо причине не смог получить такого же утешения.

“И смерти не будет уже”: христианская забота об умирающем

Грегори В. Рутеки
перевод Г.Головки

В настоящее время медицина связана с решением основного, но болезненного вопроса, ответ на который определяет границы самой жизни.

Говоря упрощенно, какими характеристиками необходимо обладать, чтобы сохранять полную принадлежность к роду человеческому? Помимо неизбежного онтологического подтекста, присущего такого рода дискуссии, определение “сущности человека” наибольшим образом влияет на то, как медицина реагирует на нужды индивидуума. Так, медицина может отказать в лечении младенцев с некоторыми очевидными уродствами или явно умалишенных людей на основании того, что они находятся “ниже” уровня человеческого развития. Гораздо же печальнее, что современная медицина может отказать в помощи и при менее очевидных сходных обстоятельствах. Ослабление способности медицины проявлять заботу обязано привлечь наше внимание.

При рассудительном подходе, затрагивающем саму сущность медицины, беспрецедентные достижения бесмысленны, если само лечение оторвано от христианского понимания заботы. Более того, внимательное отношение к умирающим — людям, весьма слабо связанным с родом человеческим — требует наиболее плодотворного сосредоточения нашего внимания.

Именно умирающие, являясь наиболее ранимыми представителями всех живущих людей, сильнее всего страдают от ослабления способности медицины проявлять заботу.

В своей недавней очень популярной книге Стивен Л. Чартер противостоит мнению обывателей США, практически лишенных религиозного влияния. Он отмечает, что недостаток религиозной основы для смысла оказания медицинской помощи, наиболее остро наблюдается в современном отношении к умирающему. На примере Джозефа Содера Чартер описывает трагическую картину того, как обыкновенный человек встречает смерть в постмодернистском мире. Его болезнь, явно неизлечимая, завершилась необратимой комой. По просьбе семьи мистера Содера и после консультации с лечащим врачом он был отключен от системы жизнеобеспечения. После отключения вентилятора, мистер Содер, несмотря на большие дозы наркотиков, продолжал тяжело глотать воздух, явно страдая от удушья. Свидетелем его агонии была медицинская сестра, которую оставили одну, чтобы она “позаботилась” о нем, пока он будет умирать. Никто из членов семьи при этом не

присутствовал, никого из друзей не было рядом, но возмутительней всего было то, что вообще отсутствовал лечащий врач. Не удивительно, что сестра, имевшая лишь восемнадцатимесячный опыт работы в клинике, при виде страданий Джозефа Содера потеряла голову. Результат — намеренное назначение смертельной дозы хлористого калия внутривенно, моментально приведшее к смерти мистера Содера. Медсестру обвинили в превышении полномочий и навсегда отстранили от профессии. В статье с соответствующим названием “Без боли, но еще в страдании”, описывающей печальную кончину мистера Содера, Артур В. Фрэнк, предваряя данное исследование, показал угрожающую скрытую тенденцию, проявленную в случае с умирающим мистером Содером. Он пишет: “... многие врачи оставались бы рядом со своими пациентами до момента их смерти. В каких бы отношениях лечащие врачи мистера Содера ни находились со своими пациентами, они решили, что их задача выполнена, когда смерть пациента стала неминуемой. Больше не осталось никаких нерешенных медицинских проблем в отношении этого больного, а их опыт и знания, несомненно, были необходимы где-нибудь еще. Мистера Содера оставили с медсестрой, лишь 18 месяцев назад получившей диплом. Как показывает городская клиническая практика, обычный факт умирания не является большим событием в медицине.” В соответствии с афоризмом “лучше один раз увидеть, чем сто раз услышать”, я недавно стал еще сильнее обеспокоен характером кончины мистера Содера. Мне удалось увидеть старую фотографию под названием “Утешение при отсутствии лечения”. Лечащий врач, практикующий принятые в XIX веке методы оказания медицинской помощи, склонился над умирающим пациентом, используя только утешающее прикосновение и голос как средство проявления дружеских чувств. Сопроводительная надпись гласит: “Лечащий врач, Джонатан Литтерман, утешает умирающего пациента. Во времена, когда сделан снимок, доктора зачастую ничем не могли помочь умирающему.” Действительно, упорно поразмыслив над фотографией, я понял, что ее смысл чужд современной медицине. Я чувствовал себя неловко из-за отчетливой и беспокоящей разницы между прошлым и настоящим. Прошло 150 лет, и я по-прежнему мало что могу предложить обреченному больному в плане лечения. Преобладают ли в моем взаимодействии с такими пациентами утешение, сострадание и забота?

Обоснованное беспокойство по поводу того, как протекала смерть мистера Содера, должно привести к более тщательному изучению затруднительного положения современной медицины. Ужасающий контраст между библейской и традиционной трактовками заботы на примере Джонатана Литтермана с одной стороны и лечащего врача мистера Содера — с другой, показывает смысловое смещение в современном языке, в результате чего значительно изменилось отношение к

умирающему, когда-то — бережное и чуткое. Почему-то забылось, что в течение буквально тысяч лет именно оказание помощи словом, а не лечением, являлось составной частью медицины.

Последующее изложение посвящено поиску сущности заботы, в особенности — того, как слово “забота” используется при описании пользы, свойственной медицине. Обстоятельства смерти мистера Содера делают очевидным факт, что пересмотр определения понятия “забота” должен базироваться на Библии и традиционном понимании заботы, которое, по-видимому, утратило свое первоначальное значение в отношении умирающего. “Забота”, как и многие другие современные слова, связанные с осмысленной деятельностью, претерпели крайние изменения в результате смысловых смещений. Наши усилия будут направлены на сопоставление определений понятия “сострадание” (включающего все толкования заботы) в XIX веке и в настоящее время; затем — на контекстуализацию и изучение библейского описания “заботы”.

Влияние так называемого “коннотативного (смыслового) смещения” на слова и поступки в нашем веке стало очевидным для меня после прочтения Мавина Оласки.

Его внимание приковано к двум словам, которые тесно связаны с неотъемлемыми аспектами заботы — состраданием и, что удивительно, скупостью.

Оласки отметил, что в 1834 году первое издание словаря Вебстера определяло сострадание как “страдание вместе с другими или болезненное сочувствие.” Однако во втором издании того же словаря определение звучало следующим образом: “чувство или эмоция, возникающие, когда человек движим страданием или несчастьем другого и желанием облегчить их.” Совсем недавно, как отражение духа времени, третье издание словаря определило сострадание как “глубокое сочувствие и понимание страданий и сопутствующее желание способствовать их облегчению.” Спустя 150 лет сострадание удобно освободили от “совместного страдания” и придали ему “новую” окраску. Теперь сострадание просто оболочка сочувствия, проявляемая внутренними чувствами, которые больше не нуждаются в переводе во внешне значимые действия. Пожалуйста, обратите внимание, что первое издание словаря и его определение сострадания совпадает по времени с медицинской практикой Джонатана Литтермана.

Другая эволюция определения, которая оказывает влияние на наши поступки и отношение к больным и умирающим, прослеживается при рассмотрении слова “скупой”. “Скупой” употребляется нашими современниками для описания унижительного отношения к обладанию деньгами или богатством. Однако наши предки использовали слово “скупой”, описывая особую черту поведения, которая означала неучастие в том, что было более всего ценным. Оласки поясняет: “Другими

словами, мы, вероятно, скупы во всем, что наиболее ценно для нас: возможно, на деньги, но зачастую — на время и улыбки. Священник и левит, которые прошли мимо раненного путника (Евангелие от Луки, гл.10), вероятно, отдавали десятую часть своих доходов церкви, но они были скупыми; только милосердный самаритянин скупым не был.”

Джордж Оруэлл однажды сказал, что “слова несут политическую ответственность; слова формируют наши идеи и наше понимание всего”. Он как будто обращался к нашему поколению. Ревизионистские определения слов, так широко распространенные сегодня, сильно изменили основы, поддерживающие заботу о тех, кто болен и умирает. Попытки исправить эти неправильные представления, захватывающие границы медицины, должны начаться с помещения заботы и ее воплощения на практике непосредственно в контекстуальные рамки с четко определенными границами. Как ранее заметил Хоервас, “забота является контекстуально зависимым понятием, оно неполно, потому что его значение зависит от дальнейшего приложения в соответствующем контексте.” Хоервас начинает с того, что задает еще один вопрос по существу: “Какой тип сообщества необходим для поддержания долговременной заботы о страдающем и умирающем?” Ответ на этот вопрос может дать общее представление об обществе и неизбежно приведет к мысли о необходимости духовно развитого и требовательного общества. Человек осознает, что медицина в конечном счете должна потерпеть неудачу в своих попытках исцеления. Более того, любая такая неудача влечет за собой необходимость глубокого понимания сообществом сущности неизбежной подавленности, вызванной болезнью или смертью. Подход Хоерваса позволяет христианам стать составной частью контекста заботы, который передает близость проявляющего заботу с христианской общиной, так как только церковь наделена властью устанавливать необходимые связи между болезнью, страданием, смертью и грехом. Более традиционный контекст направляет наши поиски значения, так как медицина для Хоерваса становится служением, которое не может уничтожить страдание; облегчение страданий скорее возможно через образование общины, желающей находиться рядом с людьми во время их болезни и смерти. Тесная связь между медициной и церковью, на которую рассчитывает доктор Хоервас, определяет заботу как обет, который, по крайней мере, должен проявляться в виде присутствия человека перед лицом чужого страдания и смерти. Брэдли Хэнсон далее, обращаясь ко второму посланию к Коринфянам 7:6 и 1:3 и к Евангелию от Матфея 25:31-46 в поисках определения понятия “забота”, описывает необыкновенный урок подобного присутствия. Апостол Павел пишет: “Бог, утешающий смиренных, утешил нас прибытием Тита” (2 Кор. 7:6). Павлу ясно, что “страдающий не забыт” потому что Бог заботится и часто выражает Свою заботу через утешение, оказываемое другими

людьми. Хэнсон также пишет, что установление близких дружеских отношений с больным и умирающим должно пониматься не как обыкновенное рядовое событие, но оцениваться с точки зрения богословия — так как в конечном счете именно Бог утешает больного и умирающего, и Он же одновременно утешает утешающего. Хэнсон утверждает, что помощь, которую один человек оказывает другому, является проявлением через человека сущности Бога. Мы становимся “скупыми” на проявление заботы, когда проявляем ее по отношению к другим как ко второстепенным и безличным предметам. Библейское проявление заботы осуществляется через людей, которые соприкасаются, влияют друг на друга и способны спокойно выслушать тех, кто страдает или умирает. Присутствие Христа в таком проявлении заботы очевидно из Евангелия от Матфея 25,31-46. Оно представляет истинный контекст заботы как духовного убежища, что в сущности сводит присутствие утешающего и утешителя к присутствию одного только Христа. Современное общество вскормлено на рекламе, которая постоянно напоминает слушателям: “Когда вы действительно проявляете заботу, лучшее, что вы можете сделать, — подарить что-нибудь”, — цветы, чек или открытку. Напротив, когда христиане действительно проявляют заботу, лучшее, что они могут сделать, это личное, молитвенное присутствие — то есть не скупое, не зависящее от материальных условий. Понятие “забота” с точки зрения традиционного библейского контекста не допускает экономики личного времени и предполагает близкие дружеские отношения, обязательства по отношению друг к другу и улыбки — все, что может проявлять отношение Самого Бога к тем, кто болен или умирает. Такое определение понятия “забота” обращено не только к лечащим врачам и медсестрам, но и ко всей остальной церковной общине.

Для христиан забота не требует устного напоминания о порядке, установленном Богом, но должна быть выражением этого порядка. Чтобы яснее изложить эту идею, Хоервас рассказывает историю о Джефри, ребенке, который болен лейкемией и находится при смерти. Он просит, чтобы ему почитали книгу “Паутинка Шарлотты” — точнее, ту главу, в которой Шарлотта умирает. В ней говорится: “Никто из сотен людей, посещавших ярмарку, не знал, что серый паучок играл самую важную роль. Рядом с Шарлоттой никого не было, когда она умерла.” Какое отношение имеет смерть Шарлотты к Джефри или к рассматриваемому нами вопросу? Хоервас далее продолжает: “... но смерть ребенка не должна походить на смерть паучка. Вполне возможно, что паукам предназначено пожить немного и умереть, но нам, кто был сотворен для общения друг с другом и Богом, невозможно поверить, что это — все. Может быть, паукам суждено умирать в одиночестве, но мы, веря, что предназначены радовать друг друга и Бога, мы не можем позволить себе и тем, кого мы любим, так умереть. Нам не дано

смягчить боль нашей смерти и смерти наших детей, но мы верим, что разделяем общую историю, которая позволяет нам находиться друг с другом, особенно, когда мы умираем. Нет другого пути устранить чувство одиночества у умирающих от лейкемии детей, пока они не ощутят уверенность, основанную на близких отношениях с Богом и друг с другом, засвидетельствованную в жизнях тех, кто заботится о них. Вот что в конечном итоге является единственным ответом на проблему смерти наших детей.” Как Иов, мы должны наконец понять, что слова никогда не смогут полностью объяснить смерть, но наше присутствие как людей, которые сами нуждаются в поддержке, проявляет нашу верность двум самым важным заповедям. Далее я хочу обратиться к примеру проявления заботы об умирающем, который мы находим в Священном Писании. 2-е Послание к Тимофею 1,1-4; 4,6-13 описывает, как апостол Павел готовится к смерти, и может послужить примером для современной медицины и научить истинному проявлению заботы.

66 год от Р. Х.. В Риме правит жестокий император Нерон. В эти беспокойные времена апостол Павел находится в тюрьме, так как христиан несправедливо обвиняют в связи с недавно вспыхнувшим пожаром. Павел сидит в своей тюремной камере за грубо сколоченным столом, при тусклом свете опускает перо на пергамент и пишет свое последнее послание.

“Павел, волею Божией Апостол Христа Иисуса, по обещанию жизни во Христе Иисусе, Тимофею, возлюбленному сыну...

Благодарю Бога, Которому служу от предков в чистой совести, что непрестанно помятую о тебе в молитвах моих ночью и днем, горя желанием видеть тебя — я помню твои слезы — чтобы мне исполниться радости... Ибо я уже становлюсь жертвою, и время моего отшествия настало. Подвигом добрым я подвизался, бег закончил, веру сохранил. Отныне уготован мне венец праведности, который в День тот даст мне Господь, праведный Судия, и не только мне, но и всем возлюбившим явление Его.

Постарайся придти ко мне скоро. Ибо Димас оставил меня, возлюбив нынешний век, и отправился в Фессалонику, Крискент — в Галатию, Тит — в Далматию; Лука один со мной. Марка возьми и приведи с собой, ибо он мне нужен для служения... Когда пойдешь, принеси плащ, который я оставил в Троаде у Карпа, и книги, особенно писанные на коже...

При первой моей защите никого не было со мною, но все меня оставили. Да не вменится им!..

Постарайся придти до зимы...”

Павла недаром называли “Великим Львом Божьим”. Много раз, находившийся на краю смерти, пять раз получавший по сорок плетей, трижды побиваемый палками, один раз камнями, испытывший голод и

жажду, он научился быть умиротворенным вне зависимости от обстоятельств. Он стоял перед царями и проповедовал Слово Божье, сидел с философами и подвергал сомнению их размышления, путешествовал по многим местам и провозглашал весть о том, что Иисус есть Христос и Господь. И несмотря на все это, он страстно зовет Тимофея: “Попытайся придти ко мне скоро.” Павел знает, что он умирает. Нужды Павла, однако, когда он стоит перед лицом собственной смерти, имеют непосредственное отношение к предмету нашего исследования и должны послужить примером того, как Библия отвечает на вопрос, что действительно необходимо умирающему. Павел сознает, что тепло обыкновенного плаща может принести ему утешение. Он также пишет, что близкие дружеские отношения и ответственность в жизни достигаются через установление тесных взаимоотношений. Осознавая, что он приближается к концу своей земной жизни, Павел выражает свою потребность в близком друге.

Несмотря на то, что его оставили так называемые друзья, с ним находится его врач Лука. Может быть, сейчас Тимофей впервые слышит, что его друг говорит о своей нужде в чем-то, именно в тот момент, когда приближается его смерть.

Наконец, Павел учит, что нет ничего, что могло бы заменить чтение Слова Божьего, возложенного в “книгах”.

У нас может возникнуть вопрос — умер ли Павел без своего плаща, книг и друзей? Однако такой вопрос лишен смысла и бесполезен, если современная церковь не отвечает на простые нужды тех, кто умирает сегодня. Одиночество, связанное со смертью, предусматривает служение, которое остро нуждается в христианском ответе.

Под конец приведем еще два наблюдения, связанных с заботой об умирающем. Однажды лидера тогдашнего Советского Союза спросили, почему никакие преследования не смогли подавить русское христианство. Он ответил: “Потому что христиане никогда не позволяли никому из своих умирать в одиночестве!” Уильям Мэй, богослов, отметил то же самое: “Смерть — это не только кризис плоти. Это кризис общества. Смерть также полностью и безошибочно отражает особенности сообщества, в котором живет умирающий.” Современные сострадание и забота об умирающем могут быть обусловлены двумя диаметрально противоположными подходами. Один поддерживает устранение страданий через устранение страдающего. Это можно наблюдать на примерах эйтаназии в Нидерландах и скрытом подтексте деятельности Хемлок Общества и Джэка Кеворкяна в США. Такой ответ является новой разновидностью “заботы” и “сострадания”, которая вытекает из наиболее сильных смысловых смещений. Ответ, обусловленный подобным смещением, таит в себе чрезвычайно опасные последствия в любом плюралистическом обществе, доказывая отсутствие единого нравствен-

ного критерия в отношении умирающего. Смерть мистера Содера иллюстрирует именно такой ответ. Другой подход к умирающему демонстрируется движением милосердия, предоставляющим больным приюты, богадельни, монастырские больницы. Это движение обеспечивает благоприятные возможности, позволяющие проявить реальную заботу об умирающем. Принадлежность умирающего к роду человеческому не должна подвергаться сомнению, также как и христианская способность ответить на нужды умирающего не должна ставиться под вопрос. Как профессионал в области охраны здоровья, так и непрофессионал — если они христиане — должны быть готовы проявить образец заботы, абсолютно противоположный тому, который проявляют мирские современники, проводящие все меньше и меньше времени с умирающим. Крест сообщает нам все, что необходимо знать об ответе Бога на грех как причину страданий. Он один возвышается над историей и умоляет нас не быть скупыми. Так как ставки медицины сейчас выше, чем когда-либо, от нас — живого, дышащего Тела Христова — требуется личное присутствие и любовь, когда мы действительно хотим проявить настоящую заботу.

- 1 Stephen L. Carter. *The Culture of Disbelief*. (Basic Books; NY, NY; 1993).
- 2 A.W.Frank. "Not in Pain but Still Suffering." *Christian Century* (October 7, 1992) p.860.
- 3 "Healing Hands." *Hippocrates* (Nov/Dec 1993) p.33.
- 4 Marvin Olasky. *The Tragedy of American Compassion*. (Regnery Gateway; Washington, D.C.; 1992).
- 5 Stanley Hauerwas. *Suffering Presence* (University of Notre Dame Press; 1986). I am greatly indebted to Dr.Hauerwas for his discernment and articulation of the contexts and Christian definition of medicine, care and the Church. He has provided me with a vision for my own care of the sick and dying.
- 6 Stanley Hauerwas "Care" in the *Encyclopedia of Bioethics*. Ed. Warren and Reich (The Free Press, MacMillan, Inc.; 1978) p.145-150.
- 7 Bradley Hanson. "School of Suffering" *Dialog* 20 (Winter 1981) p.39-45.
- 8 Stanley Hauerwas. *Naming the Silences*. (Wm.B.Eerdmans Pub. Co.; Grand Rapids, MI; 1990).
- 9 Gregory W.Rutecki and Gregory E.Nettle. To Care in a Christian Context. *J of Bible Ethics in Med* 1994;8(1):1-9. I acknowledge and sincerely appreciate the prayer and assistance of Greg Nettle; my friend, my pastor and spiritual supporter.
- 10 M.A.DeVita, J.V.Snyder and A.Grenvik. "History of Organ Donation by Patients with Cardiac Death." *Kennedy Inst. of Ethics Journal*. Vol. 3(2):123.
- 11 Gregory W.Rutecki. Blurring Distinction Between the Dying and the Dead: A Call for Discernment in Organ Donation. *Ethics and Medicine* 1994;10(3):57-67.
- 12 Benjamin Freedman. The Titration of Death: A New Sin. *The Journal of Clinical Ethics* (Winter, 1990) p.275.
- 13 Nigel Cameron. *The New Medicine. Life and Death after Hippocrates*. (Crossway Books; Wheaton, Ill., 1991).
- 14 (Ed.) S.E.Lammers and A.Verhey. *On Moral Medicine: Theological Perspectives in Medical Ethics* (Wm. B. Eerdmans; Grand Rapids, Mi.; 1987)
- 15 William F.May in *Theological Voices in Medical Ethics*. (Wm. B. Eerdmans, 1993) p.254.



Международный симпозиум **ЧЕЛОВЕК И ХРИСТИАНСКОЕ МИРОВОЗЗРЕНИЕ**

Постоянно действующий международный симпозиум **Человек и христианское мировоззрение** проводится Крымским отделением Академии наук Украины, Крымским медицинским университетом и Крымско-Американским колледжем при участии Американского христианского общества медиков и дантистов, Христианского общества медиков и дантистов Канады, Благотворительного фонда Пью, Общества христианских философов.

Ежегодные мероприятия Симпозиума включают майские междисциплинарные слушания за круглым столом, октябрьские слушания в секциях по специальностям, лекции и коллоквиумы в ВУЗах Крыма. Начало регулярных слушаний симпозиума в октябре 1995 г. было отмечено ЮНЕСКО в числе десяти наиболее важных событий месяца.

В 1995-1997 гг. состоялись слушания *Христианство, гуманизм, здоровье; Проблемы жизни и смерти в контексте христианской морали; Христианство и проблемы современного образа жизни; Добродетель в медицине, науке и обществе*. В слушаниях принимали участие специалисты из Украины, России, Великобритании, Израиля, Канады, Республики Чад, США. Выдвигаемые темы рассматриваются в свете проблем медицины, науки, религии, философии, этики, охраны окружающей среды.

Деятельность Симпозиума освещается публикациями в журналах *Крисчиэннити тудэй, Хорайзонз, Крисчэн стандарт* и других изданиях. Материалы Симпозиума публикуются в ежегодном сборнике *Человек и христианское мировоззрение*. Сборники докладов ранее состоявшихся слушаний распространяются оргкомитетом Симпозиума.

Тексты докладов, выносимых на обсуждение Симозиума, должны быть представлены в оргкомитет Симпозиума не позднее чем за три месяца до очередных слушаний. Отбор докладов осуществляется по академическому принципу. Слушания носят открытый характер, количество наблюдателей не ограничено.

Телефоны оргкомитета:

(0652) 25-18-14, язык русский (в рабочее время), английский.

(0652) 24-19-06, язык русский.

(0652) 51-00-17, язык русский, английский.

Internet — carillet@wildwind.com

Содержание

<i>Кеннет В. Кемп.</i> Эйтаназия	3
<i>Грегори В. Рутеки.</i> Влияние субъективного отношения лечащих врачей на меры по ускорению смерти	12
<i>Томас Джонсон.</i> Почему жизнь человека имеет ценность	20
<i>Руфь Б. Хайцер.</i> Эйтаназия	26
<i>Шейла Рутледж Хардинг, Джон Патрик.</i> Эйтаназия: принципиальный взгляд с христианских позиций	33
Грегори В. Рутеки. “И смерти не будет уже”: христианская забота об умирающем	51

Настоящая публикация подготовлена **Крымско-Американским колледжем** при содействии **Христианского научно-апологетического центра**, осуществляющего издание и распространение материалов по научной апологетике.

Крымско-Американский колледж (КрАК), ул. Московская 12, Симферополь, Крым) обеспечивает четырехгодичное образование по специальности переводчик английского и немецкого языков. Основной акцент делается на гуманитарные науки при соблюдении государственных программ и требований. *Колледж* соответствует второму уровню аккредитации и планирует в будущем достичь третьего уровня. Принимая во внимание значительность влияния, оказываемого на мир Библией и христианским учением, **КрАК** предоставляет студентам возможность как вводного, так и углубленного изучения раннехристианских документов (в том числе — общих с иудаизмом и исламом).

Крымско-Американский колледж сотрудничает с *Кентаки Кричен Колледж (КСС)*, США. **КСС** направляет в **КрАК** профессоров для преподавания разговорного английского языка и христианских дисциплин, а также обеспечивает библиотечные фонды.

Дополнительные материалы и информацию можно получить:

- О Крымско-Американском колледже — ☎(0652) 22-54-01
- По апологетике — ☎(0652) 51-00-17, ✉golovin@creat.crimea.ua