

СОЦИАЛЬНАЯ ФИЛОСОФИЯ И ФИЛОСОФСКАЯ АНТРОПОЛОГИЯ

УДК 162.6+614.253

DOI: 10.17223/1998863X/42/3

Н.М. Воеводин, Е.Н. Лисанюк

АРГУМЕНТАЦИЯ В НАЧАЛЕ ЭВТАНАЗИИ

Лечить или не лечить безнадежно больного? Не лечить, отвечает Платон, и для этого достаточно знания врача о неизлечимости больного. Лечить, говорит Аристотель, потому что для лечения больного достаточно, чтобы врач считал возможным возвращение здоровья. Мы показываем, почему позиции Платона и Аристотеля при определенных условиях подразумевают и противоположные ответы.

Ключевые слова: пассивная эвтаназия, практическая аргументация, Платон, Аристотель, Гиппократ.

1. Введение

В 1939 г. случилось два события, ознаменовавших современный этап дискуссий по проблеме эвтаназии, сопровождающих эту практику с древних времен¹. Основоположник психоанализа З. Фрейд, чтобы избавиться от мучений, вызванных раком и многочисленными операциями, попросил своего врача о большой дозе морфия, получил ее и покончил с собой. В этом же году в гитлеровской Германии была принята государственная программа принудительной эвтаназии *Aktion T4*, в ходе которой около 275 тыс. человек из-за ограничений в умственном развитии или неизлечимых заболеваний были признаны бесполезными для общества и отправлены в газовые камеры [2. С. 263–281]. Когда дело касалось граждан Германии, родственников отобранных врачами кандидатов на умерщвление вынуждали давать на это согласие, апеллируя к интересам общества. Согласие больных на лечение и право отказаться от него делают человека активным участником собственного лечения наряду с врачом и решают две важные задачи: исключают возможность недобровольной эвтаназии, осуществляемой без учета мнения умерщвляемого, как это фактически делалось в *Aktion T4*, и составляют необходимое условие для обоснованности решения об эвтаназии. Особенность современного этапа заключается в том, что на первый план выходят роли

¹ Об истории практики эвтаназии см. [1].

умерщвляемого и врача¹. В статье будут рассмотрены аргументы за и против эвтаназии в Античности, когда мнение умерщвляемого не брали в расчет и возлагали всю полноту ответственности на врача, что придавало особый вес доводам, выдвигаемым врачом в обоснование своего решения.

Вопрос о том, как осуществить эвтаназию – сбросить в пропасть, травить ядом, делать инъекцию и т.п., хотя и связан с проблемой эвтаназии, но является по сути техническим и отражает уровень развития медико-биологических технологий. Проблему эвтаназии образует не способ ее осуществления, а столкновение все новых моральных и юридических аргументов за и против ее применения, отражающих неодинаковое отношение к ней в обществе. В этом аспекте проблема эвтаназии не имеет однозначного решения и вряд ли исчезнет с повестки дня, что делает актуальным изучение подобных аргументов не только с точки зрения этики или права, чему посвящено немало публикаций², но и теории аргументации, где исследования еще только начинаются [9]. Взгляд на аргументы об эвтаназии, охватывающий их строение и механизмы порождения, позволит выявить в них то, что принимается по умолчанию как само собой разумеющееся, и тем самым сделать эксплицитными ряд важных положений, затрагивающих суть проблемы эвтаназии, включая роль врача и умерщвляемого.

Платон в «Государстве» выступил сторонником эвтаназии, а Аристотель в «Риторике» занял противоположную позицию. Речь шла о пассивной эвтаназии в форме отказа врача от лечения безнадежного больного, и вопрос стоял так: врач должен лечить таких больных или отказаться от этого. Иных видов эвтаназии мы здесь не касаемся. Мы рассмотрим, как Платон и Аристотель строили свою аргументацию, и покажем, что их позиции не столь однозначны и не так далеки друг от друга, как это следует из буквального их прочтения. Узловой момент обеих позиций – знание врача об излечимости и об особенностях лечения больного, выступающее достаточным условием для решения об эвтаназии. Вопрос о том, лечить или не лечить, – это вопрос о действиях, и врач обосновывает свой ответ при помощи практической аргументации действий, носящей отменяемый, или презумптивный, характер, поэтому каждый из ответов двоякий и говорит, при каких условиях лечить, а при каких – нет. В развернутой форме ответ Платона – «не лечить, если (и только если) неизлечим, но если излечим, то лечить», где подразумевается, что знание врача о неизлечимости больного – это достаточное условие для того, чтобы врач отказал в лечении, а его знание об излечимости – необходи-

¹ Сегодня разные формы эвтаназии легализованы в ряде стран, например в Нидерландах, Бельгии, а также в некоторых штатах США. В России отношение к эвтаназии двоякое. С одной стороны, ст. 45 Федерального закона № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 запрещает врачам «удовлетворять просьбы больного об ускорении его смерти», поэтому запрещена активная эвтаназия, т.е. прямое умерщвление пациента, когда врач непосредственно участвует в нем, как в *Aktion T4*, или оказывает опосредованное содействие этому, как поступил врач З. Фрейда. В духе этого запрета часто понимают и право человека на жизнь, закрепленное в ст. 20 Конституции РФ, но эта интерпретация вызывает возражения, ведь право на жизнь не подразумевает обязанности гражданина жить, хотя и требует от государства не оставлять усилия по охране этого права [3]. С другой стороны, ст. 19–20 того же закона предусматривают необходимость согласия пациента на медицинское вмешательство и допускают отказ от лечения, что косвенным образом открывает возможность пассивной эвтаназии по решению больного, как сделал З. Фрейд.

² См. обзоры этических аргументов в [4, 5], юридических – в [6, 7], о свободе воли человека – в [8].

мое условие для того, чтобы он приступил к нему. Ответ Аристотеля – «лечить, если (и только если) лечение возможно, а если неизлечим, то не лечить», где знание врача о возможности лечения есть достаточное условие для того, чтобы лечить больного, а знание врача о невозможности лечения – необходимое условие для того, чтобы от этого отказаться. Аргумент Платона «к добродетели» возводит знание врача в добродетель, он опирается на достоверное знание врача об излечимости пациента, в котором проявляется добродетельность души врача в том, чтобы на основе этого знания умножать благополучие общества посредством излечения тех, кто способен внести вклад в общее благо, и во избежание урона бесполезных не лечить. Аргумент Аристотеля «к пациенту» во главу угла ставит практическое знание врача о возможности лечения данного больного, чтобы если и не вылечить его, то хотя бы приблизиться к этому, потому что возвращение здоровья составляет цель деятельности врача, но в силу эмпирических обстоятельств она достижима не всегда.

2. Пассивная эвтаназия и античная медицина

Платон выдвигает два аргумента в пользу эвтаназии, медицинский и социальный, второй следует из первого. Медицинский аргумент заключается в неизлечимости недуга или неизлечимости больного. Если врачу известно, что больной неизлечим в одном из этих аспектов, то в лечении надлежит отказать, потому что безнадежный больной больше не может быть полноценным членом общества – в этом состоит социальный аргумент:

«Этою-то мыслью водился и Асклепий, когда... тела, внутренне и всецело пораженные болезнью, не решался исчерпывать и наливать понемногу, чтобы доставить человеку долгую и несчастную жизнь и произвести от него, как надобно думать, другое такое же поколение; напротив, кто назначенного природою периода прожить не может, того, как человека, бесполезного ни себе самому, ни городу, положил и не лечить» [10. 407 D]

Платон разделяет позицию Гиппократ, вменяющего врачу в обязанность отказать в лечении больному, когда врач знает о его неизлечимости:

«К тем, кто уже побеждены болезнью, медицина не протягивает своей руки, когда достаточно известно, что в данном случае медицина не может помочь» [11. С. 30].

Знание врача о неизлечимости больного играет важную роль и в позиции Аристотеля, выступившего против эвтаназии. Это знание практическое и потому лишь правдоподобное, что делает целью врачевания не только возвращение здоровья больному, но и приближение к этому:

«Возможно хорошо лечить и таких людей, которые уже не могут выздороветь, ведь дело врачебного искусства заключается не в том, чтобы делать всякого человека здоровым, но в том, чтобы, насколько возможно, приблизиться к этой цели» [12. I, 1, 1355a].

Позиции Гиппократ, Платона и Аристотеля указывают на три взаимосвязанные особенности античной медицины в аспекте пассивной эвтаназии:

- эпистемические основания решения об эвтаназии, принимаемого врачом на основе своих знаний;
- функциональное понимание здоровья как отсутствия болезни;
- патерналистский характер античной медицины.

С самого начала использования эвтаназии решалось, как надлежит поступить и почему, и подобные делиберативные рассуждения были частью «медицинских дискурсов, которые... отражают господствующую в обществе форму мышления» [13. С. 70]. Решение об эвтаназии было обусловлено не столько биологическими обстоятельствами, сколько интересами общества, благополучием его членов, поэтому уже в доисторическую эпоху, когда речь шла о хилых младенцах, немощных стариках или умственно неполноценных людях, его принимали уважаемые члены общества, а роль умерщвляемых была пассивной. В сотериологических культурах, господствовавших вплоть до середины XIX в., вопросы жизни и смерти, которые сегодня в значительной степени находятся в ведении науки, биологии и медицины в особенности, проблему эвтаназии связывали не с биологической, а с духовной жизнью человека, не с телом, а с душой, поэтому начало жизни и ее окончание сопровождали не врачи, занимавшиеся манипуляциями с телом, а служители культа, на которых возлагалась обязанность наставлять и руководить душой¹. Одним из первых врача у постели умирающего поместил Ф. Бэкон, полагавший, что «долг врача состоит не только в том, чтобы восстанавливать здоровье, но и в том, чтобы облегчать страдания и мучения, причиняемые болезнями... даже и в том случае, когда уже нет никакой надежды на спасение и можно лишь сделать самую смерть более легкой и спокойной, потому что эта эвтаназия... уже сама по себе является немалым счастьем» [15. С. 255–256].

Клятва Гиппократов, которую в современных дискуссиях часто приводят как аргумент против эвтаназии, запрещает врачу участие в активной эвтаназии прямо или опосредованно:

«Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла» [11. С. 87–88].

Гиппократов запрет на участие врача в активной эвтаназии нацелен на исключение за пределами врачебного искусства его роли в определении того, кто достоин жизни, а кто – смерти, что подкреплено требованием к врачу отказаться лечить безнадежного больного. Это вполне согласуется с сотериологической традицией. Требование пассивной эвтаназии в форме отказа врача лечить безнадежного больного устраняет и практическую возможность для вмешательства врача в решение вопроса о смерти, лежащего вне врачебного искусства, ограниченного вопросами жизни – болезней и их лечения. Важным аспектом здесь является эпистемический: знание врача о безнадежности больного фактически констатирует обреченность тела на смерть и делает социально невозможным браться за его лечение, оно определяет момент, когда остается говорить лишь о духовном спасении. Трудность состоит в том, что знание врача о неизлечимости больного должно быть необходимым и достаточным для установления такого момента и достоверным, чтобы исключить возможность ошибки. Достичь подобного знания врачу непросто, и если в вопросе о неизлечимости недуга можно считать достоверными сведения о том, известны ли медицине способы лечения данной болезни, то в вопросе неизлечимости больного проблематично установить даже такую не самую строгую границу.

¹ Например, специальные «служители смерти» в традиционной культуре Сардинии [14]. Платон допускал, чтобы врачи «дурных и неисцелимых по душе умерщвляли сами» [10. 409e].

Что понимать под (не)излечимостью больного, терминальными стадиями его недуга, зависит от того, как трактуется связь между здоровьем и болезнью. Для древней медицины свойственно функциональное понимание здоровья, трактуемое в духе физикализма как отсутствие болезни – клинических симптомов деятельности организма за пределами нормы, устанавливаемой относительно болезни как дисбаланса организма и внешней среды. При таком понимании деятельность врача направлена на устранение болезни, ее целью является возвращение здоровья, отождествляемое с излечением от болезни и возвращением организма к нормальной жизнедеятельности. На современном этапе функциональный подход применяется в специальных разделах медицины. Определение здоровья ВОЗ трактует как относительное «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов». В понимании здоровья, основанном на биомедицинском, биосоциальном или ценностном подходах, центральное место занимает норма, играющая роль коррелята здоровья. Норма устанавливается на основе совокупности субъективных и объективных особенностей организма человека, а целью деятельности врача является не только возвращение здоровья как излечение болезни в функциональном понимании, но и поддержание относительной нормы жизнедеятельности организма в целом [16].

Врач действует в духе функционального понимания здоровья, когда отказывает больному в лечении из-за его безнадежности, и при этом имеет в виду неизлечимость больного или недуга, от которого лечения нет. Функциональный подход не подразумевает, что действия врача могут быть направлены на нечто за пределами устранения болезни, например на паллиативное облегчение страданий больного. Паллиативная помощь нацелена на поддержание жизни и противоположна идее эвтаназии независимо от того, как понимается здоровье [17]. В духе относительного понимания врач отказывает больному в лечении по причине того, что невозможно вернуть данного больного к нормальной жизнедеятельности в силу его состояния, хотя болезнь, возможно, излечима. Относительное понимание допускает модификацию нормы здоровья, когда речь идет о хронических заболеваниях или неустраняемых ограничениях здоровья, вызванных, например, диабетом или отсутствием конечности. На практике неизлечимость больного и болезни тесно связаны, но в аспекте достоверного знания врача отличается аргументация, обосновывающая отказ от лечения.

Функциональное и относительное понимание здоровья влияют на аргументацию решения об эвтаназии в аспекте благополучия человека и общества в целом, важной составляющей которого выступает здоровье. Этот аспект играет весомую роль в аргументе Платона к добродетели, трактуемой в духе идеи общего блага. Утрата здоровья подрывает благополучие человека и общества в его объективистской трактовке, характерной для Античности, и также в более близких современности гедонистической и телеологической трактовках [18. С. 12]. В античном обществе из здоровья каждого из его членов в функциональном понимании складывалось благополучие общества, на что указывают распространенные практики недобровольной эвтаназии его членов, признанных неполноценными, а также мнение Платона о бесполезности для общества тех, чье состояние не позволяет устранить болезнь. Относи-

тельное понимание здоровья как элемента благополучия выводит на первый план измерение здоровья в положительном смысле [19] и во главу угла ставит вопросы самоорганизации человека как комплексной системы [20. С. 90]. В результате связь между здоровьем индивида и благополучием общества сводится к балансу образа жизни и доступности потребления, в том числе и медицинских услуг [21], обеспечивающих социальную и экономическую устойчивость общества и приобретающих отчетливо субъектный, а порой и субъективный характер [22].

В этой связи человек и состояние его здоровья становятся водоразделом между двумя основными моделями взаимодействия врача и пациента, активно-активной и активно-пассивной [23].

Первая подразумевает, что у врачевания два субъекта, врач и пациент, который является также и объектом врачевания. Эта модель делает пациента рациональным субъектом лечения, врач же призван консультировать его и помогать в осуществлении лечения, поэтому за рамками конкретных задач технического характера различие между врачом и пациентом не проводится. К такой модели стремятся в современных обществах, чтобы сделать пациента активным соучастником лечения не только для того, чтобы вместе с врачом противостоять недугу, что характерно и для античной медицины [24. 450е], но и для того, чтобы разделить ответственность за принятие решений между врачом и пациентом [25]. Активно-пассивная модель состоит в том, что активный субъект воплощен в фигуре врача, играющей центральную роль [26. С. 8], а пациенту и его здоровью отводится либо зависимая от врача роль второго плана, либо объекта. Эта патерналистская модель продиктована технологиями излечения, в которые пациент включен в качестве элемента, представлениями об измененном болезнью сознании пациента, препятствующем адекватности в оценках и решениях, корпусом профессиональных знаний и компетенций, призванных отличить и тем самым удостоверить врача, способного и достойного лечить, что особенно характерно для античной медицины [27].

В патерналистском характере античной медицины, соответствующем активно-пассивной модели отношений врача и пациента, состоит ее третья особенность: пациент – это объект приложения усилий врача [11. С. 114–115], он играет пассивную роль. Поэтому ни Платон, ни Гиппократ, ни Аристотель, когда обсуждают, должен ли врач лечить безнадежного пациента, мнение самого пациента в расчет не берут и всю полноту ответственности за решение возлагают на врача. В аспекте практической аргументации это означает, что достаточным условием обоснованности решения об эвтаназии является знание врача об излечимости или лечении пациента.

3. Практическая аргументация в античной медицине

В теории аргументации различают теоретическую и практическую аргументацию [28], первая касается фактов и ситуаций и состоит из дескриптивных предложений, а вторая носит делиберативный характер, с ее помощью обосновывают действия по достижению какой-либо цели или поступки в соответствии с некими нормами или ценностями. Практическая аргументация содержит недескриптивные элементы, выражающие цели, ценности, намерения и т.п. Теоретическая аргументация, включающая логически строгие и

нестрогие, или правдоподобные, умозаключения, играет важную роль при постановке диагноза, уточнении состояния больного и т.п. [29, 30]. Практическая аргументация выходит на первый план при принятии врачебных решений и составлении плана лечения, когда цели и задачи для этого уже определены при помощи теоретической аргументации. В практической аргументации заключение выводят из посылок на основе установления каузальных связей между целью, обстоятельствами, условиями и ожидаемыми последствиями планируемых действий.

Формальное отличие теоретической аргументации от практической состоит в способе связи между посылками и заключением. В первом случае посылкам и заключению, описательным предложениям, можно приписать логические значения и затем, выявив логическую форму умозаключения, которая призвана гарантировать перенос логического значения «истинно» от посылок к заключению, проверить, следует ли заключение из посылок с необходимостью или с некоторой вероятностью. Во втором случае такая проверка недоступна, потому что в практическом рассуждении подобной формальной связи между посылками и заключением нет в силу двух его особенностей. Оно содержит недескриптивные элементы, которым нельзя приписать логического значения, как это делают с описательными посылками и заключением теоретического умозаключения, и отличается отменяемым, или презумптивным, характером связи между посылками и заключением. В практической аргументации добавление нового условия или обстоятельства планируемого действия или их изменение влекут отмену первоначального заключения. Поэтому, чтобы избежать рискованных действий наугад, современные тренинги по успешному поведению советуют иметь в запасе «план Б», содержащий альтернативную линию поведению с учетом изменения условий. По этой же причине вслед за Платоном и Аристотелем мы рассматриваем не только их явные ответы «не лечить» и «лечить», но и противоположные им неявные ответы, которые требуется заготовить на случай, когда достаточные условия в пользу их явных ответов не выполняются. В современных практиках эвтаназии там, где они легализованы, устойчивость связи между посылками и заключением практической аргументации, обосновывающей заключение врача в пользу эвтаназии, обеспечивается на социально-коммуникативном уровне при помощи согласия умерщвляемого, которое есть также и согласие с этим рассуждением.

Для проверки обоснованности заключения в практическом рассуждении используют схемы аргументации – аналог логической формы и критические вопросы к ним, посредством которых можно оценить достоверность посылок и проверить наличие устойчивой связи, чаще всего каузальной, между посылками и заключением [31]. В практических рассуждениях наиболее распространены схемы «от последствий» и «от ценностей». Суть этих схем состоит в конструировании рассуждения, заключение которого включает искомую цель или ценность в множество прогнозируемых последствий планируемого действия при помощи выявления устойчивой связи между элементами планируемой линии поведения. Обобщенная позитивная форма таких схем следующая:

- 1) цель Goal / ценность Value желательна;
- 2) цель Goal реальна / ценность Value заслуживает продвижения;

3) чтобы достичь Goal / способствовать Value, необходимо / достаточно выполнить действие С;

4) действие С выполнимо и не приносит вреда;

5) значит, ради достижения Goal / продвижения Value я выполню С.

Негативная форма такова:

1) цель Goal / ценность Value желательна;

2) цель Goal реальна / ценность Value заслуживает продвижения;

3) чтобы достичь Goal / способствовать Value, необходимо / достаточно воздержаться от действия С;

4) действие С выполнимо, но приносит вред;

5) значит, ради достижения Goal / продвижения Value я воздержусь от С.

Вот примеры критических вопросов к ним:

Почему *Goal* / *Value* желательны?

Реально ли достичь *Goal* ?

Заслуживает ли *Value* чтобы действовать во имя нее?

Действительно ли выполнение (воздержание от) С обеспечит / будет способствовать *Goal* / *Value*?

Критические вопросы позволяют проверить, принимаются ли посылки как достоверные или, наоборот, вызывают критику и требуют дополнительного обоснования, что равнозначно построению нового практического рассуждения. В этом проявляется его отменяемый характер.

Реконструируем в позитивную форму с необходимым условием пример рассуждения врача, который приводит Аристотель в «Метафизике» [32. 7 1032b 5–25]. Для удобства изложения врача назовем Эсхин, а больного – Кориск:

1) цель моих действий – возвращение здоровья Кориску;

2) это реальная цель;

3) чтобы вернуть здоровье Кориску, необходимо достичь равномерности в его теле:

для равномерности в теле Кориска «в нем должна быть теплота»;

для теплоты в теле Кориска «он должен согреться»;

для того чтобы Кориск согрелся, ему необходимо растирание;

4) растирание Кориска выполнимо и не принесет вреда;

5) значит, ради возвращения здоровья Кориску я применю растирание.

В этом примере Аристотеля инкорпорированы и ответы на возможные критические вопросы к посылкам, обосновывающие связь между излечением и равномерностью в теле больного, равномерностью и теплотой и т.д. Сомнение врача в одной из посылок 1–4 может вызвать ее уточнение или замену, что приведет к отмене заключения. Например, если врач сомневается, что здоровье Кориска обеспечит равномерность, или подозревает, что растирание может принести вред Кориску или что Кориск неизлечим, то посылки 3, 4 и 2 соответственно требуют дополнительного исследования, а это отменяет заключение, по крайней мере, до тех пор, пока эти сомнения и подозрения не будут отклонены. Аристотель был первым, кто провел границу между теоретическим демонстративным умозаключением, наиболее известной разновидностью которого является простой категорический силлогизм, и практическим силлогизмом, заключением которого выступает «правильное стремление». Он

считал, что поступать согласно правильному стремлению – значит обладать добродетелью рассудительности *phronesis* [33. 6, 1140a 35-b 30].

Рассуждение «от ценности» в сочетании с рассуждением «от последствий» можно вычленить в примере Галена о двух врачах, лечивших укушенных собакой [34. 6]. Оба врача стремились к возвращению здоровья своим пациентам, хотя достичь этого удалось лишь одному из них. Первый врач сосредоточился на устранении симптомов болезни, он вылечил рану от укуса, но больной скончался от бешенства. Пациент второго врача помимо лечения раны получал лекарство от бешенства и выздоровел. Цель у врачей была одинаковая – вылечить болезнь посредством устранения симптомов, но добавок к этому второй врач исходил из своего долга обеспечить восстановление здоровья пациента как ценности в целом, несводимой к симптомам болезни. Угрозу для здоровья представляла не только видимая рана от укуса, но и возможное, хотя и бессимптомное заражение бешенством, не приведшее к болезни, от которой требовалось бы лечение в функциональном понимании здоровья. Пациент второго врача не заболел бешенством либо благодаря тому, что принимал лекарство, либо из-за того, что не был заражен и принимал лекарство профилактически. В обоих случаях учесть вероятность такого заражения врачу позволило понимание здоровья пациента не как цели, равнозначной отсутствию выявленной болезни, но как ценности, включающей знание того, в чем состоит здоровье пациента, что его поддерживает, а что ему угрожает, а также опыт в применении этих знаний на практике. Реконструировать рассуждение второго врача по схеме «от ценностей» мы оставляем читателю.

4. Платон и аргумент «к добродетели»

Позиции Платона, которую мы называем аргументом «к добродетели», свойственны все три особенности античной медицины – эпистемическое основание решения, функциональное понимание здоровья и патерналистский характер. Она зиждется на весомой социальной роли врача в обществе и коренится в трех платоновских идеях, связанных с добродетелью. Первая – это идея общего блага [10. IV, 509a–e], воплощением которой в контексте врачевания выступает благополучие общества в целом, подразумевающее своей составной частью здоровье его членов. Вторая – идея вечной и неизменной души, наполняющей жизнью тело, словно сосуд [35. 80a–e], а третья – идея совершенства врача в своем искусстве, необходимый компонент его добродетелей, не дающий врачу права на ошибку [10. I, 340d–e]. Эти три идеи обособывают центральное для аргументации Платона положение о том, что моральные добродетели врача как особенности его души включают его знания и выступают проявлением идеи общего блага. Они составляют необходимый элемент профессиональных требований к нему и способствуют успеху во врачевании.

Свой ответ «не лечить» в пользу пассивной эвтаназии Платон выражает явно и неоднократно. Этот ответ относится исключительно к «больному по природе и невоздержному» [Там же. 408 B]. Определить, таков ли его пациент, может и должен только врач – в этом заключается эпистемический и патерналистский характер позиции Платона. Она зиждется на том, что причина неизлечимости безнадежного больного – это не сам по себе смертельный

недуг, а слабая или ущербная душа, неправильно руководящая телом. Из-за этого люди становятся хилыми, склоняются к неправильному образу жизни и т.п. Отказывая в лечении такому больному, врач проявляет свою добродетельность в том, что поступает согласно соображениям общего блага, требующим от него направлять свое искусство на достойных людей и не растрачивать на тех, кого уже не спасти, чья душа не стремится наполнить тело здоровьем, или тех, кто бесполезен для общества [10. 407 D]. Другой довод Платона в пользу «не лечить» состоит в том, чтобы избежать хилого потомства от не слишком здоровых людей. Этот его довод бьет мимо цели, потому что если врачебная наука позволяет тому, кто считался безнадежным, излечиться и обзавестись потомством, то определить такого человека в неизлечимые было ошибкой, права на которую Платон врачу не дает из соображений общего блага.

Слабое место позиции Платона «не лечить» – это практическая аргументация, призванная обосновать такое решение, подразумевающее, что еще до того, как приступить к лечению, врач наперед знает своего больного, как лечить его болезнь и каков прогноз ее лечения у этого больного – ситуация, напоминающая «парадокс» Менона [36]. Отбрасывая предположение о врожденном знании врача, потому что оно уравнило бы медицину с оккультизмом, получим, что врач, не принимаясь лечить больного, должен обладать знанием о его неизлечимости, что сомнительно. Но даже если допустить такую возможность, то помимо знания о состоянии больного либо врач легко может установить, к какой категории людей в смысле добродетелей и состояния души относится обратившийся к нему больной, либо он берется за лечение лишь знакомых, например друзей или известных в обществе людей. Второе, однако, не вполне согласуется с его идеей о том, что, практикуя свое искусство, врач делает добро другим [10. 332 d], включая и своих друзей. Вместе с тем правдоподобный характер практической аргументации, допускающей использование достаточного или необходимого условий в посылке 3, расширяет пространство свободы решения для платоновского врача, который в противном случае был бы ограничен жесткой бинарной дихотомией, ведь знать, что данный больной неизлечим, – значит знать, что утверждение, что он излечим, неверно, и наоборот.

Рассмотрим рассуждения врача на примере. Пусть к врачу Эсхину за помощью обратился некто Кориск. Осмотрев его, Эсхин определил, что недуг поддается лечению, но Кориск, похоже, не воздержан и духом слаб, поэтому уверенности в его излечении нет. Вот какое рассуждение по схеме «от ценностей» может сконструировать Эсхин:

- 1) ценность общего блага требует лечить лишь достойных \ излечимых;
- 2) ценность общего блага заслуживает продвижения;
- 3) чтобы продвигать ценность общего блага, необходимо воздержаться от лечения неизлечимого Кориска;

- 4) воздержаться от лечения Кориска выполнимо, это не приносит вреда;
- 5) значит, ради общего блага я воздержусь от лечения Кориска.

Посылки 3 и 4 спорные. Чтобы знать, что отказ от лечения Кориска внесет вклад в общее благополучие и не принесет вреда, Эсхин должен наверняка знать о безнадежности Кориска, выступающей необходимым условием для заключения 5. Как же Эсхину не промахнуться с ответом? Как распознать в

недужном теле незнакомца порочную душу и не проглядеть уважаемого члена общества? Внести вклад в общее благо может лишь верное решение Эсхина, а неверное неминуемо нанесет вред, неверным решением Эсхин либо рискует погубить Кориска, достойного гражданина, которого можно было вылечить, либо впустую потратит свое мастерство на его неуспешное лечение. Такая эпистемическая ошибка не согласуется с представлением Платона о необходимой добродетельности врача, предполагающей знание того, что хорошо и что плохо для больного, и для благополучия общества в конкретной ситуации в свете важной социальной роли врача [37].

Ответы на эти вопросы дает сам Платон. В целях приобретения полезного опыта он советует врачу «иметь дело по возможности с большим числом совсем безнадежных больных» [10. 408 d-e], имея в виду не только практический опыт касательно того, как лечить [38. 345 a], но и опыт духовный. «Врачи сделаются совершеннейшими... если, начав с детства, будут не только изучать свое искусство, но и заниматься весьма многими и очень худыми телами, да и сами на себе переиспытуют все болезни и по природе окажутся не слишком здоровыми; потому что тело лечат они, думаю, не телом – иначе тела не позволили бы себе когда-либо быть и делаться худыми, – но телом душою, которая, будучи или сделавшись худою, не может хорошо пользоваться что-нибудь» [10. 408e].

Таким образом, Платон рекомендует врачу лечить безнадежных больных, чтобы знать, кто излечим, а кто – нет, и быть способным принять правильное решение, для которого необходимо не только обладать практическим опытом и специальными знаниями, но и воспитывать добродетельные качества души самого врача, обращаясь, в том числе и к лечению безнадежных больных. Решение «не лечить» врач может и должен принять не ранее, чем врачу станет достоверно известно о неизлечимости больного – необходимым условием, знание о наличии которого будет достаточным основанием, чтобы отказаться от лечения. В противном случае больной считается излечимым и следует продолжать его лечение. Поэтому развернутый ответ Платона – «не лечить, если (и только если) неизлечим, и лечить, если лечить, то излечим», где вторая часть ответа касается ситуации, когда не выполняется необходимое условие неизлечимости больного и достаточное условие знания врача о ней. Этот ответ исходит непосредственно из идеи общего блага, подразумевает вклад врача в благополучие общества, добродетельность врача, включающую его знания, и главенствующую роль душ, а не тел (пациента и врача) в русле платоновского учения о душе.

5. Аристотель и аргумент «к пациенту»

Ответ Аристотеля заключается в том, чтобы «лечить, если (и только если) это возможно, но если невозможно, то не лечить». Возможность лечения больного выступает достаточным условием, чтобы врач лечил даже безнадежного больного, а невозможность лечения – необходимым условием, чтобы отказаться от этого. Позиции как Платона, так и Аристотеля свойственны все три особенности античной медицины, связанные с эвтаназией: эпистемическая основа решения, функциональное понимание здоровья и патерналистский характер. Отличие состоит в ином эпистемическом статусе знаний вра-

ча, что влечет иную трактовку цели врачебного искусства и назначения врачевания.

Врачебные знания Стагирит не возводит в статус добродетели, для него искусство врачевания – это искусство практическое, оно относится к τέχνη и демонстрирует «отчетливое понимание критериев τέχνη: полезность, строго определенная цель, знание предмета и способность передаваться в процессе обучения» [39. С. 90]. В искусство врачевания он включает эмпирические умения, проистекающие из опыта врача, и навыки рассудительности, или практической аргументации. Для этого искусства недостаточно обладать необходимо достоверными теоретическими знаниями, потому что, «обладая только... знанием, человек не знал бы ничего больше, например, он не знал бы, какие лекарства нужны для тела, если бы сказал: «те, которые предписывает врачебное искусство, и тот, кто ими обладает». Вот почему нужно, чтобы... не только было высказано нечто истинное, но и было точно определено, что есть верное суждение» [33. 1138b30]. В аспекте аргументации практическое знание отличается от теоретического тем, что всегда носит правдоподобный характер, поэтому, хотя врач на практике стремится к тому, чтобы вернуть здоровье своему больному, он равным образом знает, что этого может и не достичь в неблагоприятном случае. Следовательно, верным стремлением врача будет то, которое приблизит его к возвращению здоровья, насколько это возможно, и исключит заведомо безнадёжные случаи. В том, как их исключить, и состоит неоднозначность позиции Аристотеля.

Позицию Аристотеля мы называем аргументом «к пациенту», потому что она сформулирована относительно конкретного пациента и зиждется на трех связанных между собой идеях эпистемического характера – на профессиональных теоретических знаниях врача о цели врачевания, болезнях и их излечении и т.п., а также на практическом знании того, как лечить данного больного. Первая рекомендует врачу не стремиться «делать всякого человека здоровым», потому что «врачебное искусство тоже не едино для всего существующего» [Там же. 1140b30], несмотря на то, что «цель врачевания – здоровье» [Там же. 1094a7]. Это подразумевает, что врач умеет определить, кому его искусство может вернуть здоровье или хотя бы приблизиться к этому, а кому – нет. Вторая идея означает, что врачебное искусство предполагает, что для каждого своего пациента врач устанавливает разумную меру, «границу между избытком и недостатком», необходимую для его излечения, и делает это при помощи верного суждения [Там же. 1138b25-30]. Третья идея заключается в эмпирическом и практическом характере знаний врача о своем пациенте, играющих важную роль во врачебном искусстве, но не равнозначных теоретическим знаниям, получаемым доказательным путем. Это разграничение проистекает из того, что теоретическим знанием ведает часть интеллектуальной души, нацеленная на необходимо истинное суждение, а практическим знанием – ее рассудительная часть, порождающая правильное стремление к цели, которое носит правдоподобный характер, но не необходимый [Там же. 1140 a35–b30]. Из этих трех идей следует, что врач, хотя и может иметь достоверное теоретическое знание об излечимости недуга своего пациента, о текущем состоянии его здоровья может обладать лишь эмпирическим правдоподобным знанием. Следовательно, ответ на вопрос о том, возможно ли вернуть здоровье своему больному, при условии, что болезнь

в принципе излечима, тоже относится к знанию практическому, а не демонстративному. По этой причине такое знание представляет собой необходимое, но недостаточное условие в том, что касается посылки 3 практического рассуждения о реальности возвращения здоровья данному больному. Достаточным условием для того, чтобы приступить к лечению, будет заключение практического рассуждения врача о том, как лечить данного больного, как в примере в п. 3, потому что если врач может выстроить линию поведения, ведущую к излечению, то он (на практике) знает, что это возможно.

Это согласуется с тремя идеями, к которым обычно сводят вклад Аристотеля в становление медицины [40. Р. 84–90]. Телеологический взгляд на природу, выдвинутый им в противовес платоновскому умозрительному взгляду в духе трансценденталистской теории идей, позволил связать устойчивыми причинными отношениями наблюдаемое положение дел и теоретическое представление о нем. Учение о четырех причинах открыло перспективу выявления и опытного уточнения этих отношений, а высокая роль, которую Стагирит отводил в науке экспериментальному знанию и практическому умению, в контексте античной медицины способствовала ее выделению из оккультных практик и сделала его предтечей доказательной медицины. Аристотелевское учение о четырех причинах подразумевает, что воплощенное во враче врачебное искусство – это действующая причина, а значит, форма здоровья пациента, ведь «врачебное искусство есть в некотором смысле здоровье» [32. 1075b8–10], что соответствует и телеологической идее, назначающей здоровье данного пациента целью усилий врача.

Однако когда врач доподлинно знает, что его знания и опыт уже не способны вернуть здоровье больному, ставить заведомо недостижимую цель и преследовать ее будет равнозначно тому, чтобы действовать вопреки цели возвращения здоровья, составляющей суть врачевания. Это также означает, что врач будет поступать вопреки добродетели рассудительности, ведь «поступать согласно верному суждению – это общее правило» [33. 1103b35]. Если в практическом рассуждении невозможно установить устойчивую каузальную связь между выздоровлением пациента как целью действий врача и его профессиональными знаниями и умениями, то для врача это означает и невозможность сформулировать верное суждение и правильное стремление в соответствующей линии поведения, что влечет отказ от действия. Отсюда следует, что лечить больного необходимо, пока сохраняются шансы положительного исхода, как бы малы они ни были. Однако от лечения следует отказаться, если врач достоверно знает, что больной неизлечим и нет никаких шансов ни вернуть ему здоровье, ни хотя бы приблизиться к этому.

Воспользуемся примером об Эсхине и Кориске, чтобы показать, в каких случаях врачу надлежит отказаться лечить больного. Для этого ему нужно провести границу между тремя случаями: Эсхин не знает, чем болен Кориск; Эсхин знает болезнь Кориска и знает, что она смертельна, потому что медицина еще не умеет ее лечить; Эсхин знает болезнь Кориска, она излечима, однако Кориск слаб, и она для него смертельна.

Первый случай – самый легкий. Эсхину следует воспользоваться знаниями коллег, как велит клятва Гиппократ, и тогда с их помощью он либо вылечит Кориска, либо получит один из двух других случаев. Во втором случае Эсхину необходимо отказаться лечить Кориска, потому что он не может

сформулировать правильного стремления относительно цели возвращения здоровья Кориску и даже рискует навредить ему, продолжая врачебные манипуляции наугад. Выражением этого служат посылка 4 рассуждения «от последствий» и критический вопрос к ней, требующие удостовериться в том, что планируемые действия не принесут вреда. Несмотря на то, что такой ответ противоречит явному ответу Аристотеля «лечить» в «Риторике», он согласуется с аристотелевским учением о практическом рассуждении и добродетели рассудительности из «Никомаховой этики». Решение третьего случая позволит внести ясность в это расхождение, оно основано на критическом вопросе к посылке 2 – о реальности поставленной цели. Это решение уточняет, что означает безнадежность больного. Оно состоит в том, что Эсхин должен продолжать лечение Кориска согласно ответу Аристотеля в «Риторике» до тех пор, пока знает, что перед ним не второй случай и болезнь в принципе излечима. Такое решение подразумевает, что безнадежность Кориска – это практическое знание Эсхина, основанное на эмпирической оценке его состояния и оставляющее шанс на выздоровление.

Таким образом, ответ Аристотеля в развернутой форме таков: «Лечить, если (и только если) это возможно, и не лечить, если это невозможно». Принять подобное решение – значит исключить случай невозможности лечения, когда от него следует отказаться до тех пор, пока путь избавления от данного недуга не станет известен и, следовательно, пока невозможно сформулировать правильное стремление к цели выздоровления больного, ведь неправильное стремление идет вразрез с добродетелью рассудительности и рискует навредить больному. Убедившись, что недуг его пациента не относится к такому случаю, врач может сосредоточиться на приближении больного к выздоровлению, насколько это возможно.

6. Заключение

Мы рассмотрели аргументы Платона «к добродетели» и Аристотеля «к пациенту» и показали, что, несмотря на то, что Платон выступает явным сторонником пассивной эвтаназии, а Аристотель – явным ее противником, их позиции в развернутой форме не столь однозначны. Они отменяемые, потому что при определенных условиях допускают и противоположные явным ответы, и в силу этого различия между ними менее значительные, чем может показаться. Позиции Платона и Аристотеля сближают патерналистский подход в медицине, вследствие чего решение об эвтаназии принимает врач без учета мнения больного, эпистемическая основа такого решения, в котором главным аргументом является знание врача о неизлечимости больного, и функциональный подход к здоровью, не допускающий отклонения от цели возвращения здоровья во врачебном искусстве.

Для Платона знание врача о неизлечимости больного – это достаточное условие эвтаназии, а его знание об излечимости – необходимое условие для того, чтобы лечить больного. Такое знание Платон возводит в ранг профессиональной добродетели врача, воплощающей также и идею общего блага в форме благополучия общества, внести вклад в которое врач должен, возвращая здоровье достойным лечения и отказываясь лечить бесполезных – тех, кому уже нельзя помочь. Для Аристотеля достаточным основанием для того, чтобы лечить даже безнадежного больного, выступает практическая возмож-

ность его лечения, позволяющая приблизиться к цели возвращения здоровья, а невозможность составить план лечения, подчиненный такой цели, является необходимым условием для отказа от лечения. Выяснить, возможно ли лечение в конкретном случае, по Аристотелю, врач может посредством практической аргументации, позволяющей исключить те случаи, когда лечение заведомо невозможно, например если медицине еще неизвестны пути излечения данного недуга. Ключевое отличие их позиций состоит в характере знаний врача и практическом характере врачебного искусства. Платон вслед за Гипократом открывает возможность для врача успешно практиковать его только тогда, когда он располагает достоверным знанием об излечимости или неизлечимости больного, а Аристотель считает, что достаточно и того, чтобы врач мог положиться на возможность приблизиться к цели возвращения здоровья.

Литература

1. *A General History of Euthanasia* // Электронный ресурс. URL: <http://www.life.org.nz/euthanasia/abouteuthanasia/history-euthanasia1/> (дата обращения: 25.01.2018).
2. Bialas W., Fritze L. *Nazi Ideology and Ethics*. Newcastle: Cambridge Scholars, 2015.
3. Алиев Т.Т. Эвтаназия в России: право человека на ее осуществление // Современное право. 2008. 4. С. 46–52.
4. *Биоэтика* : Проблемы, трудности, перспективы : (материалы круглого стола) // Вопросы философии. 1992. № 10. С. 3–29.
5. Rachels J. *The end of life: Euthanasia and Morality*. Oxford University Press, 1986.
6. Torr J.D. *Euthanasia: opposing viewpoints*. San Diego : Greenhaven Press, 2000.
7. Капинус О.С. Эвтаназия как социально-правовое явление. М. : Буквевед, 2006.
8. Ивченко И.А. Эвтаназия как выражение свободы воли и права на смерть (историко-философский анализ) // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. 2009. Т. 107. С. 95–100.
9. Богомякова Е.С. Эвтаназия как социальная проблема: стратегии проблематизации и депроблематизации // Журнал исследований социальной политики. 2010. Т. 8 (1). С. 32–52.
10. Платон. Государство / пер. А.Н. Егунова // Собр. соч. : в 4 т. Т. 3 / под общ. ред. А.Ф. Лосева, В.Ф. Асмуса, А.А. Тахо-Годи. М., 1993.
11. *Гипократ*. Избранные книги / пер. В. Руднева; под ред. В.П. Карпова. М., 1994.
12. *Аристотель*. Риторика / пер. Н. Платоновой. Античные риторики. М., 1978.
13. Фуко М. История безумия в классическую эпоху. СПб. : Книга Света, 1997.
14. Фаис-Леутская О.Д. Эвтаназия в традиционной культуре (институт Св. Аккабадора в Сардинии) // Этнографическое обозрение. 2004. Т. 1. С. 89–101.
15. Бэкон Ф. О достоинстве и приумножении наук // Соч. : в 2 т. М., 1977. Т. 1. С. 81–524.
16. Анохин А.М. Философские проблемы медицины. Современные философские проблемы естественных, технических и социально-гуманитарных наук. М. : Гардарики, 2006. С. 317–374.
17. Лапотников В.А., Петров В.Н. Паллиативная медицина и эвтаназия // Медицинская сестра. 2010. № 6. С. 15–18.
18. Гнатик Е.Н., Лисеев И.К. Здоровье как проблема естественных и биомедицинских наук // Философия науки. Вып. 13. М., 2008.
19. Alexandrova A. Well-Being as an Object of Science // *Philosophy of Science*. 2012. Vol. 79 (5). P. 678–689.
20. Дубровский Д.И. Здоровье и болезнь – проблемы самопознания и самоорганизации // Философия здоровья / под ред. А.Т. Шаталова. М., 2001. С. 86–109.
21. Sen A. Capability and Well-Being // M. Nussbaum, A. Sen (eds.). *The Quality of Life*. Oxford, 1993.
22. Scanlon T. Value, Desire, and Quality of Life // *The Quality of Life* / M. Nussbaum, A. Sen (eds.). Oxford, 1993.
23. Emanuel E., Emanuel L. Four Models of the Physician-Patient Relationship // *Journal of the American Medical Association*. 1992. 267 (16). P. 2221–2226.

24. Платон. Горгий / пер. С.П. Маркиша // Собр. соч. : в 4 т. Т. 1. / под ред. А.Ф. Лосева, В.Ф. Асмуса, А.А. Тахо-Годи. М., 1990.
25. Мелик-Гайказян И.В., Мецержакова, Т.В. Клятва Гиппократ : Трансформация семантики и возрождение прагматики // Scholē. 2015. Т. 9. С. 35–45.
26. Шевченко Ю.Л. и др. Философия медицины. М., 2004.
27. Лисанюк Е.Н. Практическая аргументация и античная медицина // Scholē. 2016. Т. 10 (1). С. 227–260.
28. Лисанюк Е.Н. Аргументация и убеждение. СПб. : Наука, 2015.
29. Васюков В.Л. Логика Галена: наследие Аристотеля, или Научная инновация // История медицины. 2015. Т. 2 (1). С. 5–16.
30. Герасимова И.А. Гиппократ и Аристотель (к вопросу о становлении первых логических программ) // Эпистемология и философия науки. 2016. Т. 48, № 2. С. 121–141.
31. Walton D. Argumentation Schemes for Presumptive reasoning. New York : Lawrence Erlbaum Associates, 1996.
32. Аристотель. Метафизика / пер. А.В. Кубицкого, М.И. Иткина // Соч. : в 4 т. Т. 1. / под ред. В.Ф. Асмуса. М., 1975.
33. Аристотель. Никомахова этика / пер. Н.В. Брагинской // Соч. : в 4 т. Т. 4. / под ред. А.И. Доватура, Ф.Х. Кессиди. М., 1983.
34. Гален. О толках, для начинающих / пер. Е.В. Афонасина // СХОЛН. 2015. Т. 9. С. 56–72.
35. Платон. Федон / пер. С.П. Маркиша // Собр. соч. : в 4 т. Т. 2. / под ред. А.Ф. Лосева, В.Ф. Асмуса, А.А. Тахо-Годи. М., 1993.
36. Вольф М.Н. Эпистемический поиск в диалоге Платона «Менон» // Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. 2011. № 4. С. 146–159.
37. Курко К.А. Врач в полисе: коллективная рецепция медицинской практики в классической Греции // Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение: Вопросы теории и практики. 2015. 6 (56), ч. 1. С. 106–108.
38. Платон. Протагор / пер. Вл.С. Соловьёва // Собр. соч. : в 4 т. Т. 1. / под ред. А.Ф. Лосева, В.Ф. Асмуса, А.А. Тахо-Годи. М., 1990.
39. Верлинский А.Л. Медицинские аналогии и проблема практического применения знания у Платона и Аристотеля // Некоторые проблемы истории античной науки / под ред. А.И. Зайцева, Б.И. Козлова. Л., 1989. С. 90–116.
40. Mayr E. The Growth of Biological Thought: Diversity, Evolution, and Inheritance. The Belknap Press of Harvard University Press: Cambridge, Massachusetts, 1982.

Nikolai M. Voevodin, Novosibirsk State Medical University (Novosibirsk, Russian Federation); Kupinsk Central Regional Hospital (Kupinsk, Russian Federation).

E-mail: nmvoevodin@mail.ru

Elena N. Lisanyuk, Saint Petersburg State University (Saint Petersburg, Russian Federation).

E-mail: e.lisanuk@spbu.ru

Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta. Filosofiya. Sotsiologiya. Politologiya – Tomsk State University Journal of Philosophy, Sociology and Political Science. 2018. 42. pp. 25–42.

DOI: 10.17223/1998863X/42/3

ARGUMENTATION IN THE WAKE OF EUTHANASIA

Keywords: passive euthanasia; practical argumentation; Plato; Aristotle; Hippocrates.

To treat or not to treat hopelessly ill patients? Not to treat, Plato answers in *The Republic*, since for this decision it is sufficient that the doctor knows his patient as incurable. To treat, says Aristotle in *The Rhetoric*, since for this decision it is sufficient that the doctor knows of the possibility to return his patient's health. The authors show that these Plato's and Aristotle's explicit answers reflect their positions only partly, and under certain conditions they imply the opposite answers, too. The authors discuss the issue of passive euthanasia as the doctor's refusal to treat hopelessly ill patients from two angles: from the viewpoint of this practice in ancient societies, and from that of practical argumentation regarding actions by means of which the decisions over patients' euthanasia are justified. As concerns euthanasia practices, there are three features characterizing ancient societies: such decisions rest on the epistemic grounds, they employ a paternalistic approach to doctor-patient relations and a functional view on what health is. Therefore, the goal of medical treatment is solely the return of health, and no palliative care corresponds to it; it is his knowledge that enables the doctor to euthanize, and no patient's consent is required. In its full-fledged form, Plato's answer is: not to treat, if and only if the doctor knows about the incurable condition of the patient, and to treat if the doctor knows that the

patient can be cured. Since the conclusions in practical arguments are plausible and defeasible, they amplify the rigid framework of the dichotomy in Plato's argument "from virtue" which erects doctor's knowledge to a professional virtue understood as his contribution to the well-being of society performed by treating those who deserve that and refusing to do so with those hopelessly ill. Doctor's knowledge is essential in Aristotle's argument "from patient", according to which a hopelessly ill patient has to be treated if and only if the doctor considers his treatment possible, and not treated if he thinks otherwise. The doctor determines the possibility of treatment with the help of a practical syllogism, outlined by Aristotle in *The Nicomachean Ethics*. In this reasoning the doctor determines a line of conduct with respect to the goal of returning health to his patient, and he has to refrain from treating the patient if no such line can be determined.

References

1. New Zealand. (n.d.) *A General History of Euthanasia*. [Online] Available from: <http://www.life.org.nz/euthanasia/about-euthanasia/history-euthanasia/1/>. (Accessed: 25th January 2018).
2. Bialas, W. & Fritze, L. (2015) *Nazi Ideology and Ethics*. Newcastle: Cambridge Scholars.
3. Aliev, T.T. (2008) Evtanaziya v Rossii: pravo cheloveka na ee osushchestvlenie [Euthanasia in Russia: Human rights to euthanize]. *Sovremennoe pravo*. 4. pp. 46–52.
4. Anon. (1992) Bioetika: Problemy, trudnosti, perspektivy (Materialy kruglogo stola) [Bioethics: Problems, Difficulties, Perspectives]. *Voprosy filosofii*. 10. pp. 3–29.
5. Rachels, J. (1986) *The End of Life: Euthanasia and Morality*. Oxford University Press.
6. Torr, J.D. (2000) *Euthanasia: opposing viewpoints*. San Diego: Greenhaven Press.
7. Kapinus, O.S. (2006) *Evtanaziya kak sotsial'no-pravovoe yavlenie* [Euthanasia as a social and legal phenomenon]. Moscow: Bukvoved.
8. Ivchenko, I.A. (2009) Evtanaziya kak vyrazhenie svobody voli i prava na smert' (istoriko-filosofskiy analiz) [Euthanasia as an expression of free will and right to death]. *Izvestiya Rossiyskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. A.I. Gertsena – Izvestia: Herzen University Journal of Humanities & Science*. 107. pp. 95–100.
9. Bogomyagkova, E.S. (2010) Euthanasia as a Social Problem: Strategies of Problematisation and Deproblematisation. *Zhurnal issledovaniy sotsial'noy politiki – Journal of Social Policy Studies*. 8(1). pp. 32–52. (In Russian).
10. Plato. (1993a) *Sobranie sochineniy v 4 t.* [Collected Works]. Vol. 3. Translated by A.N. Egunov. Moscow: Mysl'.
11. Hippocrates. (1994) *Izbrannye knigi* [Selected Books]. Translated from Ancient Greek by V. Rudnev. Moscow: Svarog.
12. Aristotle. (1978) *Ritorika* [Rhetoric]. Translated from Ancient Greek by N. Platonova. In: Takho-Godi, A. (ed.) *Antichnye ritoriki* [Ancient rhetoric]. Moscow: Moscow State University.
13. Foucault, M. (1997) *Istoriya bezumiya v klassicheskuyu epokhu* [History of Madness in the Classical Age]. Translated from French by St. Petersburg: Universitetskaya kniga.
14. Fais-Leutskaya, O.D. (2004) Evtanaziya v traditsionnoy kul'ture (institut Sa Akkabadora v Sardinii) [Euthanasia in traditional culture (Sa Akkabadora Institute in Sardinia)]. *Etnograficheskoe obozrenie – Ethnographic Review*. 1. pp. 89–101.
15. Bacon, F. (1977) *Sochineniya v 2 t.* [Works in 2 vols]. Vol. 1. Translated from English. Moscow: Mysl'. pp. 81–524.
16. Anokhin, A.M. (2006) Filosofskie problemy meditsiny [Philosophical problems of medicine]. In: Mironov, V.V. (ed.) *Sovremennye filosofskie problemy estestvennykh, tekhnicheskikh i sotsial'no-gumanitarnykh nauk* [Modern philosophical problems of natural, technical and social sciences]. Moscow: Gardariki. pp. 317–374.
17. Lapotnikov, V.A. & Petrov, V.N. (2010) Palliative Medicine and Euthanasia. *Meditinskaya sestra*. 6. pp. 15–18. (In Russian).
18. Gnatik, E.N. & Liseev, I.K. (eds) (2008) *Zdorov'e kak problema estestvennykh i biomeditsinskikh nauk* [Health as a problem of natural and biomedical sciences]. Moscow: RAS.
19. Alexandrova, A. (2012) Well-Being as an Object of Science. *Philosophy of Science*. 79(5). pp. 678–689. DOI: 10.1086/667870
20. Dubrovskiy, D.I. (2001) Zdorov'e i bolezni' – problemy samopoznaniya i samoorganizatsii [Health and disease – problems of self-knowledge and self-organisation]. In: Shatalov, A.T. (ed.) *Filosofiya zdorov'ya* [Philosophy of Health]. Moscow: RAS. pp. 86–109.
21. Sen, A. (1993) Capability and Well-Being. In: Nussbaum, M. & Sen, A. (eds.) *The Quality of Life*. Oxford: Clarendon Press.

22. Scanlon, T. (1993) Value, Desire, and Quality of Life. In: Nussbaum, M. & Sen, A. (eds.) *The Quality of Life*. Oxford: Clarendon Press.
23. Emanuel, E. & Emanuel, L. (1992) Four Models of the Physician-Patient Relationship. *Journal of the American Medical Association*. 267(16). pp. 2221–2226. DOI: 10.1001/jama.1992.03480160079038
24. Plato. (1990) *Sobranie sochineniy v 4 t.* [Collected Works in 4 vols]. Vol. 1. Translated from Ancient Greek by S.P. Markish. Moscow: Mysl'.
25. Melik-Gaykazyan, I.V. & Meshcheryakova, T.V. (2015) The Hippocratic Oath: The transformation of its semantics and the revival of its pragmatics. *Scholae. Filosofskoe antikovedenie i klassicheskaya traditsiya – Scholae. Ancient Philosophy and the Classical Tradition*. 9(1). pp. 35–45. (In Russian).
26. Shevchenko, Yu.L. et al. (2004) *Filosofiya meditsiny* [Philosophy of Medicine]. Moscow: GEOTAR-MED.
27. Lisanyuk, E.N. (2016) Practical argumentation and ancient medicine. *Scholae. Filosofskoe antikovedenie i klassicheskaya traditsiya – Scholae. Ancient Philosophy and the Classical Tradition*. 10(1). pp. 227–260.
28. Lisanyuk, E.N. (2015) *Argumentatsiya i ubezhdenie* [Argumentation and persuasion]. St. Petersburg: Nauka.
29. Vasyukov, V.L. (2015) Galen's Logic: Aristotelian Heritage or Scientific Innovation? *Istoriya meditsiny – History of Medicine*. 2(1). pp. 5–16. (In Russian). DOI: 10.17720/2409-5834.v2.1.2015.01v
30. Gerasimova, I.A. (2016) Hippocrates and Aristotle (on the formation of the first logical programs). *Epistemologiya i filosofiya nauki – Epistemology and Philosophy of Science*. 48(2). pp. 121–141. (In Russian).
31. Walton, D. (1996) *Argumentation Schemes for Presumptive reasoning*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
32. Aristotle. (1975) *Sochineniya v 4 t.* [Works in 4 vols]. Vol. 1. Translated from Ancient Greek. Moscow: Mysl'.
33. Aristotle. (1983) *Sochineniya v 4 t.* [Works in 4 vols]. Vol. 4. Translated from Ancient Greek. Moscow: Mysl'.
34. Galen. (2015) Galen. On the sects for beginners. Translated from Ancient Greek by E.V. Afonasin. *Scholae. Filosofskoe antikovedenie i klassicheskaya traditsiya – Scholae. Ancient Philosophy and the Classical Tradition*. 9. pp. 56–72. (In Russian).
35. Plato. (1993b) *Sobranie sochineniy v 4 t.* [Collected Works]. Vol. 2. Translated from Ancient Greek. Moscow: Mysl'.
36. Volf, M.N. (2011) Epistemic inquiry in Plato's "Meno". *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta. Filosofiya. Sotsiologiya. Politologiya – Tomsk State University Journal of Philosophy, Sociology and Political Science*. 4. pp. 146–159. (In Russian).
37. Kukso, K.A. (2015) Doctor in polis: collective reception of medical practice in classical Greece. *Istoricheskie, filosofskie, politicheskie i yuridicheskie nauki, kul'turologiya i iskusstvovedenie. Voprosy teorii i praktiki – Historical, Philosophical, Political and Law Sciences, Culturology and Study of Art. Issues of Theory and Practice*. 6(56). pp. 106–108. (In Russian).
38. Plato. (1990) *Sobranie sochineniy v 4 t.* [Collected Works]. Vol. 1. Translated from Ancient Greek. Moscow: Mysl'.
39. Verlinskiy, A.L. (1989) Meditsinskie analogii i problema prakticheskogo primeneniya znaniya u Platona i Aristotelya [Medical analogies and the problem of the practical application of knowledge in Plato and Aristotle]. In: Zaytsev, A.I. & Kozlov, B.I. (eds) *Nekotorye problemy istorii antichnoy nauki* [Some Problems of the History of Ancient Science]. Leningrad: Glav. astronomicheskaya observatoriya. pp. 90–116.
40. Mayr, E. (1982) *The Growth of Biological Thought: Diversity, Evolution, and Inheritance*. Cambridge, Massachusetts: The Belknap Press of Harvard University Press.