

УДК 614.253

Т.В. Мещерякова**АВТОНОМИЯ ПАЦИЕНТА: НАЦИОНАЛЬНОЕ В ГЛОБАЛЬНОМ КОНТЕКСТЕ**

В современных условиях развития медицины остро стоит вопрос о возможностях создания глобальной биоэтики. Препятствием для ее создания являются культурные различия, которые обуславливают существование национальных биоэтик. В статье рассматривается влияние китайской культуры на понимание и осуществление одного из основных принципов биоэтики – уважения автономии пациента.

Ключевые слова: автономия пациента, глобальная биоэтика, национальная биоэтика, патернализм, конфуцианская этика.

Биоэтика, возникшая на рубеже 60–70-х гг. XX в., явилась следствием глубоких изменений, произошедших в культуре. Основной причиной ее появления является изменение отношения человека к самому себе, а главной задачей стала защита индивидуальности человека, его фундаментальных прав [1]. Курт Байерц выделяет две причины, которые сегодня формируют глубокую угрозу правам и достоинству человека: 1) революционный прогресс биологической науки и биотехнологий; 2) экономические, социальные и культурные изменения, определяемые сегодня как «глобализация» [2. Р. 231].

Сегодня в биоэтике наблюдаются противоположные тенденции: развиваются национальные биоэтики и одновременно стоит задача создания единой глобальной биоэтики. Несмотря на их отличия, у них есть общая задача – защита прав и достоинства человека, которая в основе своей приобретает форму защиты индивидуальности. Проблема создания глобальной биоэтики выросла из необходимости преодоления негативных последствий «глобализации», в частности преодоления *биоэтического империализма* [3. Р. 12], или, говоря другими словами, преодоления культурного экспорта западной биоэтики. Перед глобальной биоэтикой стоит задача достижения согласия и единства в решении проблем биоэтики, но в условиях культурного плюрализма, а также плюрализма этик (и часто даже диаметральнойности их оснований) эта задача, к сожалению, оказалась пока еще невыполнимой.

Однако сегодня существуют попытки согласования общих принципов биоэтики с национально-культурными особенностями и применения их на практике в своеобразном культурном контексте. Целью данной работы является выяснение основных положений концептуального подхода к принципу уважения автономии пациента в китайской биоэтике на примере исследования Джулии Тао (Гонконг).

Опираясь на конфуцианскую философию, Д. Тао анализирует проблему реализации автономии в различных моделях взаимоотношений врача и пациента. Касаясь решения о конце жизни или о принятии решения о лечении в критическом состоянии, она выделяет три модели принятия решения, кото-

рые различными способами вовлекают пациента, его семью и врача в процесс принятия решения. Это модели: 1) главенства пациента, где руководящей ценностью выступает автономия пациента; 2) главенства семьи, главная ценность – отношение семьи; 3) главенства врача, руководящая ценность – медицинское благодеяние. Если говорить о практическом результате, то в первой модели преобладает индивидуальное решение пациента, во второй – решение семьи, в третьей – решение врача [4. Р. 156].

В первой модели врач обязан раскрыть медицинскую информацию непосредственно пациенту, чтобы позволить тому вынести какое-то суждение и дать согласие на основе полной информации (процедура, принятая в здравоохранении) или высказать отказ. Эта модель дает право компетентному пациенту взвесить все достоинства и недостатки альтернативных видов лечения и в соответствии с его собственными ценностями отказаться от любого лечения или выбрать из числа доступных альтернативных видов лечения. Однако если пациент некомпетентен, его доверенное лицо (законный представитель) должно решить за него.

Эта модель основана на принципе уважения автономии пациента, который дает пациентам право выбирать лечение. Это – главное юридическое и моральное основание – согласие индивидуального пациента на основе полной информации, особенно в странах, где делается акцент на индивидуализме и самоопределении.

В модели главенства врача подчеркнута власть врача. Решение о лечении в ней рассматривается, прежде всего, как клиническое решение. Врач играет главенствующую роль из-за превосходства над пациентом в силу своих профессиональных знаний и опыта. На первое место здесь выступают принципы благодеяния и «не навреди».

На практике существуют разновидности данной модели. В таких странах, как Англия, она применяется для лечения некомпетентного пациента. В обществах, подобных Гонконгу и Японии, патернализм врача распространен более широко. Например, в Своде правил гонконгского Медицинского совета однозначно указывается, что при решении проблемы отказа или прекращения жизнеподдерживающего лечения неизлечимого больного (который может быть компетентен или некомпетентен) *вся ответственность* принятия решения лежит на враче. Некоторые кодексы требуют, чтобы врачи обсуждали это решение с пациентом, если он компетентен, и членами его семьи. Но в этой модели однозначно врач – основное лицо, принимающее решение.

В модели главенства семьи законным лицом, принимающим решение, является семья. У нее власть давать согласие на лечение. Врач обязан сообщить семье диагноз, прогноз, доступные альтернативные виды лечения. Семья решает, когда и какую информацию сообщить пациенту. Центральная идея – пациенты являются частью семьи. Семья – это место, где о человеке заботятся, защищают его, несут за него ответственность, помогают ему в критических ситуациях. Данная модель доминирует в странах типа Японии и Китая. В этих культурах семья – основной субъект, принимающий решение и имеющий власть давать согласие.

Д. Тао отмечает, что в реальной жизни в различных обществах различна и степень влияния этих трех моделей на принятие решения. Во многих общест-

вах биоэтическая революция прошлых лет в значительной степени состояла в изменении способа, каким врач принимает медицинские решения. Акцент на автономии в терминах самоопределения пациента помогает избегать недостатков медицинского патернализма.

Однако идеал автономии пациента несет с собой «тернистые проблемы практического и теоретического характера, которые он не может разрешить» [4. Р. 159]. На практическом уровне он не дает адекватного ответа на вопросы типа «Должны ли быть пределы автономии пациента?» На каких основаниях профессионалы здравоохранения законно скажут «Нет» на просьбу или требование пациента? Они могут сказать «Нет» потому, что это соответствует их совести и профессиональной ответственности, или потому, что лечение будет слишком дорогим, или потому, что они чувствуют, что лечение не соответствует интересам пациента. А если решение, вероятно, будет иметь глубокое воздействие на члена семьи или родственника, то должны ли те иметь право участвовать в процессе принятия решения? Как они должны участвовать в принятии решения? Ограничить их участие совещанием семьи с командой здравоохранения или предоставить более широкое участие в принятии решения? Они должны быть вовлечены как источник заботы и поддержки или их надо рассматривать как соавторов совместных решений, имеющих существенное значение для их индивидуальной идентичности, совпадающей с коллективной идентичностью? Конкретные ответы на эти вопросы требуют конкретных контекстов. А на концептуальном уровне растет признание того, что может быть больше, чем одна концепция автономии, больше, чем один способ интерпретации идеи автономии.

Д. Тао выделяет две концепции автономии – автономия как индивидуальная самодетерминация и автономия как способность критической саморефлексии.

Наиболее распространенное в настоящее время понимание автономии – это *автономия как самодетерминация*. При этом как на философские источники часто ссылаются на И. Канта и Дж.С. Милля. И. Кант обосновывает требование всегда рассматривать рациональные существа как цели и никогда как средства и формулирует его в виде практического императива: «*Поступай так, чтобы ты всегда относился к человечеству и в своем лице, и в лице всякого другого так же, как к цели, и никогда не относился бы к нему только как к средству*» [5. С. 206]. Он совмещает автономию с гетерономией, т. е. возможность быть само-законодательным с подчинением законам другого. Хотя центральная идея в концепции И. Канта – автономия воли, современные интерпретации имеют тенденцию сосредоточиваться более узко на кантовском понятии самозаконотворчества, чтобы оправдать требование автономии как самодетерминации. Дж.С. Милль утверждает, что индивидуумы должны быть свободны выстраивать свои жизни в соответствии с их собственными представлениями, чтобы реализовать свою индивидуальность в таких пределах, которые не наносят вреда другим и не наносят вреда собственной способности делать свободный выбор: «*Есть граница, далее которой общественное мнение не может законно вмешиваться в индивидуальную независимость*» [6. С. 153]. Эта способность управлять и направлять наши жизни – центральное основание морального требования уважения к людям и источник

человеческого достоинства. Самоопределение в этом смысле приравнено к самообладанию и саморуководству.

В этом понимании автономии как самодетерминации существенными условиями автономии являются рациональная способность для самозаконотворчества и индивидуальная свобода через невмешательство других. Осуществляя самодетерминацию, самоопределение, человек может контролировать свою жизнь, таким образом, он берет на себя ответственность за свою жизнь. Это понятие автономии является основополагающим для понятия права пациента на автономию.

Критикуя данную концепцию автономии пациента, Д. Тао отмечает, что она создает «индивидуалистическую фантазию» (термин Д. Хардвика), которая имеет важные последствия для этики здравоохранения.

Во-первых, она создает ложную картину человеческой жизни как отдельной и не связанной (не учитывающей родственные связи). А это подразумевает, что у человека нет обязанности принимать во внимание воздействие его жизни на других.

Во-вторых, создается неправильное представление, что самостоятельность – необходимое условие автономии, понятой как независимость от других. Это, в свою очередь, имеет двоякое значение. С одной стороны, от человека могут требовать слишком много, будучи не в состоянии признать, что мы – конечные существа с ограниченными возможностями. Это может далее вести к общему отрицанию очевидной человеческой потребности в заботе, к игнорированию человеческой зависимости и враждебности к тем, кто нам помогает, кто является нашим помощником. Другое следствие – это иллюзия, что мы можем думать о нашем выборе вне сети тех отношений, в которые мы включены.

В-третьих, акцент на автономии пациента способствует тому, что в должной мере не учитывается значение семейных отношений в принятии медицинского решения. За семейными отношениями часто признается только инструментальная функция – обеспечить поддержку пациенту в осуществлении права на автономию. Автономия пациента и требование согласия на основе полной информации дают возможность людям выразить свои пожелания, но они ничем не могут помочь в размышлениях о том, какими должны быть эти пожелания, а также в понимании клинических фактов процесса умирания при различных заболеваниях. В такой помощи люди должны полагаться на профессионалов-медиков, которые заботятся о них, на родных и близких, которые беспокоятся о них. Смерть в одиночестве – не лучшая смерть.

Рассмотренную концепцию автономии Д. Тао оценивает как индивидуалистическую, которая характерна далеко не для всех стран современного плюралистического мира, и поэтому автономия продолжает обсуждаться в более широком культурном контексте.

Начиная анализ второй концепции (автономия как способность критической саморефлексии), она приводит пример измененной интерпретации автономии пациента в совещательной модели принятия решения, которая частично ограничивает индивидуализм. Согласно этой интерпретации критическая оценка и рефлексия задуманы как сущность автономии. Такая концепция автономии в большей степени подтверждает положительную роль врача, под-

черкивая, что процесс решения – это объединенный совещательный процесс между пациентом и врачом.

Более слабое понятие автономии предполагает большую вовлеченность врача в принятие решения. Автономия как способность критической рефлексии обозначает способность человека размышлять критически над своими предпочтениями, желаниями и пожеланиями, способность принять их или, наоборот, пытаться изменить их в свете более высоких ценностей или более предпочтительных действий. Такая способность находит свое основание в конфуцианской моральной философии, которая, делая акцент на познающем практическом рассуждении, придает большое значение развитию способностей независимого суждения, самопроверки, критической оценки и управления желаниями, которые являются ядром морального совершенствования.

Такой более слабый вариант автономии в биоэтике получил название процедурной автономии [5. Р. 575]. Однако для более полного определения автономии как способности критической саморефлексии Д. Тао считает необходимым учитывать роль семьи и межличностных связей пациента: «Мы продолжаем до конца нашей жизни нуждаться в других, чтобы те поддержали нас в нашей практической аргументации. ...Согласно учению Конфуция, человек – всегда человек-в-отношении» [4. Р. 168].

В китайской культуре здоровье не принадлежит одному индивидууму. Больной человек должен быть освобожден от большой доли личной ответственности, включая процесс принятия решения о его собственном лечении, даже если пациент в сознании и компетентен. Ожидается, что члены семьи возьмут на себя ответственность и возложат на себя различные роли: защитника, доверенного лица или сиделки. И все это будет выполнено на основе уважения, с почтением к больному.

Но исключительный контроль семьи и врача в отношении информации и принятия решения исключает пациента из процесса обдумывания и оценки, что противоречит требованию независимого суждения, практического рассуждения и добровольности стремлений, подчеркнутых в конфуцианской этике.

В итоге анализ трех моделей выявляет в них проблемы «чрезмерного индивидуализма, необоснованного патернализма и репрессивной семейственности» [4. Р. 170], которые могут разрушить солидарность, ограничить свободу и подавить пациента как морального субъекта. Остается кардинальным вопрос: как можно единственным принципиальным способом сбалансировать уважение к различным философским ценностям и верованиям? Как гармонично согласовать роли тех, кто принимает решение о лечении?

Д. Тао считает, что конфуцианское философское понимание человека обеспечивает интеллектуальные и моральные ресурсы, чтобы построить альтернативную «совместную с семьей» модель решения данного вызова.

«Совместная модель решения» сосредоточена на создании совместных обязательств, поддержки и с помощью врача совместного принятия решения членами семьи, включая пациента. Отправная точка здесь – пациент всегда «пациент-в-семье», и его семья – соавторы жизни, которую они разделяют, и индивидуальной идентичности, которую каждый из них приобрел. Такое авторство их совместной жизни и индивидуальной идентичности составляет основание для их солидарности и взаимной ответственности. Врачам принад-

лежит основная роль в этой модели из-за специальной обязанности перед пациентами следить за их благополучием и добиваться сотрудничества с их семьями. Данная модель избегает тех недостатков, которые присущи первым трем: «чрезмерного индивидуализма, необоснованного патернализма и репрессивной семейственности» [4. Р. 170].

При рассмотрении «совместной модели решения» Д. Тао описывает случаи, когда врач должен применить «оправданный патернализм» именно как составляющую часть автономии второго вида – автономии как способности критической саморефлексии. Но тогда закономерно возникает вопрос: не имеем ли мы в результате ситуацию, о которой писал П.Д. Тищенко: «Новый патернализм возрождается под флагом автономии личности пациента» [8].

Понимание автономии пациента может быть достаточно специфично в различных культурных контекстах. В развивающихся странах биоэтика стоит перед многими дилеммами, вызванными, в частности, тем, что международные правила медицинской этики противоречат обычаям и менталитету местного населения. Например, конфиденциальность в ее традиционном понимании в западной культуре (и как она закреплена в международных документах) не действует в Африке в тех племенах, где люди под страхом обвинения в колдовстве не держат ничего в тайне. А конфиденциальность у них сводится лишь к доверию врачу или исследователю, к дружественным отношениям, что, как они считают, гарантирует им надежность. Отсюда и идея автономии пациента, по существу, сводится к идее уважения других людей.

Сегодня и о западной культуре нельзя говорить как о чем-то однородном. Существуют различия между европейской и американской биоэтикой. Широкий диапазон культур наблюдается не только в целом в мире, но и в Европе. Прагматизм британцев сталкивается с предпочтением кантовской деонтологии у немцев и французов. «Континентальные европейцы, особенно немцы, заявляют о поддержке человеческого достоинства, хотя этот термин традиционно отсутствует в британской философии и британской конституционной теории. Когда пытаются идентифицировать европейскую культуру как сосредоточенную на свободе, индивидууме и рациональности, обнаруживается напряженность между более либертарианским британским подходом и социал-демократическим континентальным подходом к каждому из этих ключевых понятий» [3. Р. 11]. Есть различия в сообщении правды в северной и южной Европе. В последней есть сходство с Китаем – врачи предпочитают сообщить информацию семье и обмануть пациента. На практике в клиническом контексте пациенты гораздо менее автономны, чем это признается в морально-теоретическом плане. Неоднородность населения в Европе усиливается за счет притока иммигрантов из стран с совершенно иной культурой и иными религиозными ценностями, что необходимо учитывать врачу во взаимоотношениях с пациентами. Поэтому «совместная модель решения» Д. Тао вполне применима в европейских странах для пациентов – выходцев из азиатских стран.

Итак, появление принципа уважения автономии пациента является фактом признания за человеком права на самоопределение и формой признания его моральной уникальности, т. е. фактически является признанием его права на реализацию того, как человек понимает и осознает свои индивидуальные

цели, потребности и предпочтения, а также того, какой предел вмешательства в свое «Я» он допускает. Однако реализуется это право в определенном культурном контексте, который, как мы видим на примере его представления в китайской биоэтике, существенно видоизменяет понимание автономии и нередко приводит к ее ограничению.

Литература

1. Мещерякова Т.В. Биоэтика как форма защиты индивидуальности в современной культуре // Высшее образование в России. 2009. № 10. С. 108–111.
2. Bayertz Kurt. Struggling for Consensus and Living Without It: The Construction of a Common European Bioethics // Global Bioethics: The Collapse of Consensus / Ed. by H. Tristram Engelhardt, Jr. Rice University. Houston, 2006. P. 207–237.
3. Engelhardt T.H. Global Bioethics: An Introduction to The Collapse of Consensus // Global Bioethics: The Collapse of Consensus / Ed. by H. Tristram Engelhardt, Jr. Rice University. Houston, 2006. С. 1–17.
4. Tao Julia Lai Po-wah. A Confucian Approach to a «Shared Family Decision Model» in Health Care : Reflections on Moral Pluralism // Global Bioethics: The Collapse of Consensus / Ed. by H. Tristram Engelhardt, Jr. Rice University. Houston, 2006. P. 154–179.
5. Кант И. Основы метафизики нравственности. М., 1999. 1472 с.
6. Милль Дж. С. Утилитарианизм. О свободе. М., 1882. 387 с.
7. Schwab A.P. Formal and effective autonomy in healthcare // Journal of Medical Ethics. 2006. Vol. 32. P. 575–579 [Электронный ресурс]. URL: <http://jme.bmj.com/cgi/content/full/32/10/575> (дата обращения: 20.06.2011).
8. Тищенко П.Д. Биоэтика: автономия воли и власть (от Канта до Фуко) // Рабочие тетради по биоэтике. М.: Изд-во гуманит. ун-та, 2006. Вып. 1: Биоэтика: антропологические проблемы [Электронный ресурс]. URL: http://www.mosgu.ru/nauchnaya/publications/collections/Bioethics_notebooks_1/ (дата обращения: 20.06.2011).