

ПРОБЛЕМА ОТВЕТСТВЕННОСТИ В БИОЭТИКЕ

Статья посвящена проблеме ответственности в биоэтике, выявлению основных способов ее осмысления, анализу соотношения ретроспективной и проспективной концепций ответственности.

Ключевые слова: моральная ответственность, биоэтика, принцип автономии личности.

Бурное развитие науки и техники, их вмешательство в глубинные биологические процессы, широкое внедрение в повседневную практику медицинских технологий ведут к новым морально-этическим проблемам и запросам, которые получили свое осмысление в биоэтике. Новые этические проблемы требуют как нравственной решимости, так и профессиональной строгости суждения, где моральный выбор сопряжен со знанием предмета. Биоэтика представляет собой новую, внутри себя многообразную область знания и общественной практики, возникающую на стыке этики и других конкретных форм научно-практической деятельности. Она тесно соприкасается и отчасти совпадает с профессиональной этикой, но отнюдь не тождественна ей. Появление биоэтики, сменившей медицинскую этику и деонтологию (последняя была профессиональной этикой врача), отчасти связано с преодолением патерналистической парадигмы врачевания. Расширение прав пациента, абсолютизация принципа автономии личности – все это дало возможность пациенту не только участвовать в принятии решений в отношении собственного здоровья, но и вообще отказаться от лечения. Следствием абсолютизации принципа автономии пациента являются дискуссии и принятые в некоторых странах законы, разрешающие эвтаназию. Идея расширения прав пациента, признания его автономии возникла после Нюрнбергского процесса, когда были раскрыты чудовищные и массовые медико-биологические эксперименты над узниками концлагерей. Данные эксперименты проводились без согласия испытуемых, зачастую смерть человека планировалась. Нюрнбергский кодекс, Хельсинская Декларация и конвенция Совета Европы «О правах человека и биомедицине» демонстрируют необходимость этического и правового регулирования медико-биологических экспериментов на человеке и защиты прав личности.

Биоэтика является наиболее развитой областью взаимодействия этики и техники, в рамках которой рассматриваются вопросы, связанные с различными стадиями жизни человека. Это такая область знания и поведения, которая имеет дело с практическими моральными проблемами, носящими пограничный и открытый характер, включая вопросы о жизни и смерти, ценности жизни, пределах автономии личности. Так, в ее контексте рассматриваются моральные дилеммы, относящиеся к началу человеческой жизни, а именно: аборт, экстракорпоральное оплодотворение, фетальная терапия, эксперименты с зародышами, генная терапия и евгеника. Применение высокотехнических средств «искусственное сердце» и «искусственные легкие» для продления жизни ставит проблему установления факта смерти и проблему трансплантации органов. В этой связи тема ответственности в биоэтике приобретает экзистенциальное значение.

Однако на данный момент тема ответственности в биоэтике сводится либо к ее юридическому содержанию, либо к понятию вины, наказания. С нашей точки зрения, редукция ответственности в проблеме врачебных ошибок и наказания не способствует решению тех проблем, которые порождены массовым внедрением техники в медицинскую практику. Фактически такое понимание ответственности оставляет нас на позициях прежней традиционной медицинской этики, где вся этическая проблематика была сосредоточена на правах и обязанностях врача. Между тем в биоэтике доминирующее положение занимает принцип автономии личности, следовательно, возникает необходимость переосмысления ответственности, выявления ее роли и места в рамках данной дисциплины.

Понятие ответственности – это понятие «отношения», связывающее как минимум три гетерономные сферы: субъект, объект и инстанцию. Основанием ответственности в истории этики было определенное понимание свободы человека. Выбор, который совершает личность, принимая одну из альтернатив, неразрывно связан с его ответственностью за этот выбор и его последствия. В этике можно встретить разные позиции по поводу соотношения меры свободы и ответственности человека. Так, этический фатализм утверждает, что человек находится в зависимости от объективных обстоятельств и действует по некой схеме, строго определенной богом, судьбой, космическими силами. Человек фактически не несет никакой ответственности за свои действия. В этическом волюнтаризме, напротив, утверждается, что человек абсолютно свободен в своих моральных решениях и должен поступать в соответствии с собственной волей. Отсюда прямой путь к отказу от нравственных норм, а следовательно, и от ответственности. Но существуют и промежуточные позиции. Так, Аристотель различал действия по неведению, результаты, которых было принципиально невозможно предположить, за которые человек не несет ответственность, и действия в неведении, совершенные в состоянии, за которое сам субъект действия несет ответственность (например, действия, совершенные в состоянии опьянения) [1]. В приложении к современной ситуации отсутствие компетенции медицинского работника становится таким же состоянием неведения, как и опьянение. Неслучайно во многих этических кодексах содержится требование к специалистам соглашаться с выполнением только той работы, в которой они достаточно компетентны. Получение таких знаний и развитие способностей являются предметом ответственности личности перед самим собой. У Аристотеля ответственность несет как доброжелательный человек, так и недоброжелательный. Позднее И. Кант отмечал, что человек может быть ответственным только за мотивы своих поступков, тем самым мыслитель не при-

нимал во внимание ответственность за их последствия [2]. Однако проблема последствий в медицинской практике является одной из центральных.

В XX в. в свете возрастающей технизации жизненного мира человека была обозначена идея создания новой концепции ответственности, призванная сдерживать негативные последствия техногенной деятельности человечества. Это концепция ответственности, обозначенная в литературе как «предотвращающая», «проспективная», должна соответствовать новым масштабам человеческой деятельности, учитывать отдаленные трудно предсказуемые последствия коллективной технической практики, быть ориентированной на сохранение природы, человечества, его будущего. Основанием переосмысления явилось новое отношение человека к возможностям его собственной свободы, которую ему дает техника. Новая степень свободы, существующая также и в свободе разрушения всего живого, выходит за рамки традиционных норм и ценностей, тем самым актуализируя вопрос о масштабах и формах ответственности человечества в техногенном мире. Аналогом идеи проспективной ответственности в биоэтике является принцип «делай благо». Данный моральный закон направлен на активное предотвращение любого вреда, который врач в состоянии предотвратить, будь это боль, страдание, смерть пациента. Тем не менее принцип «делай благо» – это моральный идеал, нежели моральное обязательство.

В этической же традиции сфера ответственности распространялась на последствия человеческой деятельности в обозримой перспективе. Вследствие этого понятие ответственности рассматривалось как моральная обязанность перед настоящим и прошлым. Данная концепция ответственности – это концепция «человека-виновного», носящая ретроспективный характер. Идея ретроспективной ответственности может быть представлена в отношениях «врач и пациент». Так, Роберт Витч выделяет четыре модели таких взаимоотношений: техническую, патерналистическую, коллегиальную, контрактную [3]. Если обратиться к модели технического типа, то проблема ответственности медика лишена смысла, поскольку эта модель отношений репрезентирует врача как ученого-прикладника. В рамках данных отношений фактически нет морального измерения. Моральные отношения возникают тогда, когда существует субъект этих отношений, однако в модели технического типа врач относится к пациенту как к безличному механизму. Статус пациента приравнен к объекту, его субъективные предпочтения рассматриваются в категориях «ошибочное», «ложное». Данный подход опирается на позитивистское представление о науке, где ученый должен быть «беспристрастным», свободным от моральных ценностей, медицинское знание – это ценностно-нейтральное знание. Для такого ученого-врача человеческий организм является сложноорганизованной по определенным законам системой, где болезнь – это поломка какого-либо механизма и соответственно лечение также является технической процедурой. Врач при лечении опирается на объективные признаки: биохимические показатели, артериальное давление. Таким образом, медик не несет какой-либо ответственности за свои действия, поскольку

он руководствуется объективными знаниями. Тем не менее это не так: ученый-медик не может быть свободен от собственных предпочтений и интересов. Экстраполяция позитивистского подхода на человеческий организм, сведение его только к физиологическому бытию отчасти стало причиной бесчеловечных медико-биологических экспериментов фашистской Германии.

Другая модель отношений, которую выделяет Р. Витч, – это патерналистическая, где формируются иные отношения врача и пациента, основанные на родительской заботе о пациенте, где проповедуется принцип «не навреди». Данная модель отношений в моральном измерении является прогрессивной, нежели техническая, поскольку здесь важны такие понятия, как «милосердие», «справедливость», «забота» и т.д. Тем не менее в данной модели понятие ответственности носит асимметричный характер. Взаимоотношения врача и пациента неравноправны, сам врач определяет, что является благом для пациента. В такой ситуации ответственность полностью возлагается на врача. Между тем асимметричный характер отношений между врачом и пациентом ведет и к узкой трактовке ответственности, пониманию ее как вины, наказания. И поскольку возникновение биоэтики во многом связано с расширением прав и автономии пациента, патерналистический подход является нарушением принципа автономии. В том случае, когда человек сам способен принимать решения и брать на себя ответственность за выбор, патернализм недопустим.

Коллегиальная модель отношений призвана максимально реализовать принцип автономии пациента, а следовательно, отношения врача и пациента – это отношение равноправных партнеров. Здесь ответственность не возлагается на плечи одного врача, а распределяется между этими равноправными субъектами. Врач несет ответственность за предоставление всей правдивой информации о состоянии здоровья пациента, вариантах лечения, прогнозе развития заболевания, возможных осложнениях. Поскольку пациент находится в равных отношениях с врачом, он имеет право на свободный выбор и уважительное отношение к этому выбору со стороны врача. Таким образом, пациент также принимает на себя ответственность за собственный выбор, тем самым реализуя принцип автономии личности. Однако в реальности достижение партнерских отношений между врачом и пациентом невозможно.

Согласно Р. Витчу только в контрактной модели отношений возможна реальная реализация принципа автономии [3]. С нашей точки зрения, данная модель отношений позволяет говорить об ответственности как врача, так и пациента. Контрактная модель схожа с коллегиальной, однако здесь учитываются изначальное неравенство врача и пациента и отношения выстраиваются на определенных выгодных пациенту условиях. В рамках контрактной модели появляется возможность вести речь об ответственности не только медицинского работника, но и пациента. Контрактная модель предполагает принятия решений самим пациентом, предусматривает активное участие пациентов, что по большому счету выражено в доктрине информированного согласия пациента и ее логического следствия – права на отказ от лечения. Информированный отказ, особен-

но в случае принятия решений относительно жизнеподдерживающего или продлевающего смерть лечения, представляет собой пример, как пациенты принимают на себя ответственность за свои действия. Однако идея ответственности пациента имеет ряд сложностей. Прежде всего, возникает вопрос: когда и при каких условиях мы могли бы возложить ответственность на пациента? Как подчеркивает М. Келли, выражение «ответственный пациент» легко подменить выражением «послушный пациент», тем самым возвратиться к патернализму [4]. Ответственность пациента не может быть ответственностью «человека-виновного», которого следует наказывать. Обвинять пациента в его заболевании, отказывать ему тем самым в лечении не имеет смысла. Так, М. Келли настаивает, что ответственность пациента должна опираться не на наказание, а должна быть основана на поощрении и предвидении возможных последствий в будущем. Иначе говоря, в отношении пациента приемлема проспективная ответственность, направленная на предотвращение или избегание негативных последствий в будущем. Однако М. Келли отмечает, что ответственность пациента носит всегда ограниченный характер в силу того, что сохраняется фундаментальное неравенство между врачом и пациентом, врач владеет большей информацией, специальной подготовкой и т.д. Исследователь подчеркивает преимущество профессиональной ответственности врача, позволяющей с ее точки зрения защищать от необязательности и халатности. Таким образом, по М. Келли, в сферу ответственности врача входит информирование пациента, обеспечение понимания данной информации пациентом, уважение и поддержка со стороны врача свободного выбора пациента [4]. Вместе этим исследователь фактически признает преимущество ретроспективной ответственности перед проспективной.

Действительно, можно согласиться, что проспективная ответственность пациента носит ограниченный характер и ответственность врача выше, чем ответственность пациента. Однако все меняется, когда речь идет о фундаментальных медико-биологических исследованиях, последствия применения которых на практике может носить непредсказуемый и долгосрочный характер. Генная терапия, евгеника, перспектива клонирования человека затрагивают общезначимые проблемы, касающиеся самого личностного бытия индивида, его автономии и будущих поколений. Такая область исследований, как генная инженерия, уже сейчас ставит вопрос о целостности природы человека, вселяет страх перед возможной материализацией ее в генно-инженерный продукт. Так, Ю. Хабермас отмечает, что «генные исследования и генные технологии делают любую физическую основу, «которой мы являемся по природе», относительной. То, что Кант еще считал

«царством необходимости», с позиции теории эволюции превратилось в «царство случайности». Генная же технология смещает границы между этой неподвластной чужому влиянию естественной основой и «царством свободы» [5. С. 39].

Возникновение этики ответственности в XX в. было связано с проблемой сохранения моральности в условиях анонимного техногенного мира, однако развитие биотехнологий ставит под сомнение возможность как ответственности, так и любой моральной способности человека. В современном мире человек оказался в ситуации, когда стирается категориальное различие между субъективным и объективным, естественно выросшим и искусственно сделанным в тех областях, которые прежде ему были недоступны. С точки зрения Ю. Хабермаса, биотехнологические манипуляции природой человека ставят под само условие нашей возможности «быть самими собой» [5]. В какие тона ни были бы окрашены перспективы будущего человечества, мы должны признать, что действительно генетика имеет дело с новым способом воздействия и вмешательства в природу человека. Так, Г. Йонас отмечает: «В случае неживой материи производитель перед лицом пассивного материала является единственным деятелем. Но когда мы имеем дело с живыми организмами, то одна деятельность встречается с другой. Биологическая техника функционирует коллаборативно с собственной деятельностью активного материала, представляющего собой биологическую систему, от природы обладающую способностью функционировать; в ней должна воплотиться некая новая детерминанта развития» [6. С. 60].

Поскольку генетические вмешательства затрагивают будущие поколения, то идея ретроспективной ответственности, которая действует в отношениях «врач-пациент», становится ограниченной. Вмененная ответственность, относящаяся к совершенным поступкам, порождающая чувство вины, бессильна в отношении отдаленных во времени последствий. В этой связи проспективная ответственность за будущее может стать основанием в этике геномных исследований. Эти виды ответственности не являются взаимоисключающими, скорее, наоборот, дополняют друг друга.

Таким образом, в биоэтике моральные требования к деятельности субъекта формулируются исходя из необходимости зафиксировать специфические формы ответственности. Ответственность является выражением самого серьезного отношения человека к другим людям, которые зависят от его решения, а его обязательность в их отношении можно проконтролировать через утверждение моральной нормы, имеющей предупредительный (проспективный) или ограничительный (ретроспективный) характер.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аристотель. Большая этика // Соч.: В 4 т. М.: Мысль, 1984. Т. 4. С. 295–374.
2. Кант И. Основы метафизики нравственности // Основы метафизики нравственности. М.: Мысль, 1991. С. 155–246.
3. Витч Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений // Вопросы философии. 1994. № 3. С. 67–72.
4. Келли М. Границы ответственности пациента // Бюллетень сибирской медицины. 2006. № 5. С. 67–78.
5. Хабермас Ю. Будущее человеческой природы. М.: Весь Мир, 2002. 144 с.
6. Йонас Г. Принцип ответственности. Опыт этики для технологической цивилизации / Пер. с нем. И.И. Маханькова. М.: Айрис-Пресс, 2004. 480 с.

Статья представлена научной редакцией «Философия, социология, политология» 23 мая 2008 г.