

На правах рукописи



Ющенко Николай Владимирович

04201257217

**ЭВТАНАЗИЯ: АКСИОЛОГИЧЕСКИЙ И  
АНТРОПОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТЫ**

**ДИССЕРТАЦИЯ**

на соискание ученой степени кандидата философских наук

09.00.13 – философская антропология, философия культуры

**Научный руководитель:**

доктор философских наук, профессор

**Несмеянов Евгений Ефимович**

Ростов-на-Дону – 2011

## Содержание

Введение.....	3
Глава 1. Эвтаназия: теоретико-методологический анализ.....	17
1.1. Концептуализация исходных понятий.....	17
1.2. Герменевтические подходы в осмыслении феномена «эвтаназия».....	27
Глава 2. Эвтаназия: культурно-исторические формы явления.....	51
2.1. Аксиологический аспект проблемы эвтаназии.....	51
2.2. Культурно-исторические формы эвтаназии.....	72
2.3. Эвтаназия и проблема человеческого достоинства.....	99
Глава 3. Проблемы институализации эвтаназии в России.....	109
3.1. Эвтаназия в России: сущностный и ценностный аспекты.....	109
3.2. Морально-этические проблемы эвтаназии .....	122
Заключение.....	132
Список литературы.....	136

## Введение.

**Актуальность темы исследования.** В наступившем XXI веке тема эвтаназии становится востребованной в отечественной литературе, поэзии, живописи, философии, юриспруденции и т.д., чему в немалой степени способствовало нарастание пессимизма и растерянности, вызванных как осознанием того факта, что в современной цивилизации смертен не только отдельный человек, но и человечество в целом, так и переживанием нарастающей изменчивости и нестабильности в социально-политическом и геополитическом пространстве планеты.

Пытаясь дать дефиницию смерти ученые естествоиспытатели нацелены, прежде всего, на фиксацию факта физико-биологической смерти. Такой подход не может быть признан конструктивным. Несмотря на это, современная гуманитарная наука ставит качественно иные вопросы о смерти и смертности человека.

Обширный круг социально-экономических, морально-этических и юридических проблем в свете развития новых медицинских технологий рассматривается сегодня многочисленными международными организациями (ООН, ЮНЕСКО, Совет Европы, ВОЗ, ВМА). Интерес к биоэтической проблематике вызван тем, что многие медицинские вопросы здоровья человека неотделимы от социальных и правовых. Одно из самых известных положений клятвы Гиппократов «не навреди» в XX веке трансформировалось в отрасль науки - биоэтику, занимающуюся изучением медицины в контексте прав человека. Спецификой этого направления, что собственно и оп-

ределило его выделение в самостоятельное, является равная значимость этического, медицинского и правового аспектов проблем.

В рационалистически и прогрессистки ориентированной культуре тема смерти вообще и эвтаназии в частности отодвигается на периферию общественного сознания и общественной жизни. Однако каждый человек с роковой необходимостью когда-то умирает, а потому переживание смерти (ее неизбежности) - самое демократическое. Поэтому тема смерти остается актуальной для современной культуры, что в свою очередь приводит к необходимости научиться культуре говорения о смерти и, даже, культуре умирая. Этому может способствовать специальная научная и учебная дисциплина — танатология, которая преподается во многих зарубежных университетах, не только как медицинская и психологическая дисциплина, но зачастую как чисто философская. Именно в рамках данной дисциплины и возможно говорить о таком явлении современной культуры как доброй смерти или эвтаназии.

**Степень научной разработанности темы.** Тема эвтаназии в контексте темы смерти обсуждалась философами и мыслителями, принадлежащими к различным культурно-историческим эпохам. Достаточно вспомнить следующие имена: Сократ, Платон, Эпикур, Сюнь-цзы, Томас Мор, Т.Кампанелла, М.Монтень, Р.Декарт, А.Шопенгауэр, Н.Бердяев, Н.Федоров, И.И.Мечников, Ж.-П.Сартр, Ф.Арьес, С.Рязанцев, П.Гуревич, И.Вишев, А.Демичев, Л.Трегубов, Ю.Вагин, О.Суворова, Ж.Батай, Ж.Бодрийяр и др.

Однако само рассмотрение темы «смерть» различалось в классическом и неклассическом понимании.

Классическая мысль (Р.Декарт, М.Монтень, Б.Спиноза, И.Кант, Гегель, Л.Фейербах, К.Маркс и др.), следуя рационалистической парадигме, рассматривала событие смерти и смертности в метафизическом и натуралистическо-биологическом планах. Классика не выработала собственного подхода к этой теме и потому эксплицировала взгляды теологов и ученых-естествоиспытателей.

Неклассическая философия, представленная Ф.Ницше, С.Кьеркегором, А.Камю, Ж.-П.Сартром, Г.Маркузе, Ф.Арьесом, Ж.Бордийяром, Ж.Батаем и др., наоборот, не вывело рассуждения о смерти за пределы своего творчества, а сделало эти рассуждения центром своих размышлений, связав их с размышлением о человеческом существовании. Понимание неизбежности собственной смертности они посчитали подлинным критерием бытия человека в мире.

В работах этих мыслителей заложен глубинная онтологическая проблема, выраженная в вопросе: как возможная ситуация полноценной жизни человека, если его бытие есть «бытие-к-смерти», которое самим человеком прекрасно осознается? Так, говоря о смерти, С.Кьеркегор, а вслед за ним и А.Мальро, вводят особые, не имеющие логико-доказательной экспликации категории: страх, тревога, ужас и др.

Этнически-религиозные особенности отношения к смерти представлены в трудах З.Фрейда, Вл.Соловьева, Н.Федорова, С.Семеновой, А.Кураева, и др., где отношение к смерти выступает

доминирующий отличительный признак любого этноса и любой нации.

Н.Федоров, Д.Фрэнгер, Ф.Арьес, С.Рязанцев, С.Семенова и др., реализуют цивилизационный подход, согласно которому смерть - «один из коренных «параметров» коллективного сознания, а поскольку последнее не остается в ходе истории недвижимым, то изменения эти не могут не выразиться также и в сдвигах в отношении человека к смерти. Изучение этих установок может пролить свет на отношение людей к жизни и основным ее ценностям. Отношение к смерти - своего рода эталон, индикатор характера цивилизации» (П.Гуревич).

Цивилизационный подход, в свою очередь, дополняется историко-феноменологическим описанием различного отношения к смерти в истории (Ф.Арьес, Д.Фрэнгер, А.Кураев и др.).

Современные отечественные исследователи, среди которых можно выделить В.Акопова, А.Зильбера, А.Огурцова, А.Гуревича, Б.Юдина и П.Тищенко реализуют свой интеллектуальный интерес в пространстве биоэтики, где немаловажное значение уделяется вопросам эвтаназии.

Безусловно, говоря о темах эвтаназии и праве на смерть, нельзя не упомянуть представителей психоанализа З.Фрейда, К.-Г.Юнга, Э.Фромма, С.Гроффа и др, убежденных, что в человеческом поведении закодированы, посредством бессознательного, процессы человеческого старения и умирания.

Особо следует выделить представителей Франкфуртской школы, в частности, Г.Маркузе, который рассуждал о вписанности темы смерти в социальную жизнь посредством идеологического значения смерти и умирания.

Необходимо выделить и представителей философской мысли, которые работают в пространстве гендерных исследований. Так Тарнас Р. и Риан Айслер связывают мужское начало в современной культуре с жизнью, а женское – со смертью.

Несмотря на усиливающееся внимание к теме «смерть» и «эвтаназия», анализ философской, культурологической, юридической, социологической, религиоведческой, социально-психологической и др. литературы свидетельствует, что они рассматривались вне контекста биоэтической институализации.

Таким образом, анализ литературы свидетельствует, что тема эвтаназии не рассматривалась глубоко и комплексно, что дает нам право рассматривать цель данного диссертационного исследования как новационную.

Отдельные фрагменты аксиологического и антропологического анализа темы эвтаназии, присутствующие в ряде отмеченных выше работ и убедили автора в необходимости более пристально рассмотреть данную проблематику.

**Объектом исследования** является общество и культура с учетом укорененности в них события смерти, а **предметом** – аксиологические и антропологические аспекты проблемы эвтаназии.

**Цель и задачи исследования.** Цель диссертационной работы – анализ места, функции и смысла эвтаназии в обществе и культуре, выявление ее специфики.

Цель конкретизируется в следующих **задачах**:

- определить понятийно-категориальный аппарат, при помощи которого возможно говорить о феномене эвтаназии;
- проанализировать специфику научного подхода к изучению темы «эвтаназия»;
- исследовать аксиологический аспект проблемы эвтаназии;
- показать способы и формы реализации эвтаназии на примере зарубежных стран;
- выявить соотношение и влияние эвтаназии на проблему человеческого достоинства;
- рассмотреть в динамике проблему эвтаназии в России;
- выявить и содержательно обосновать спектр биоэтических проблем эвтаназии.

**Теоретико-методологической основой исследования.** Метод любого исследования определяется спецификой предмета. Любое представление есть форма отношения к тому, о чем оно составляется. Отношение к смерти, пусть даже и к «доброй» является специфическим, т.к. будучи включенным в сущность человеческого бытия порождает страх.



Сказанное выше позволяет автору использовать в диссертационном исследовании феноменологический метод, который предполагает не только объяснения данного феномена, но и его понимание, что крайне важно автору, для реализации поставленной цели. Этот метод разработан В.Дильтеем, Ф.Шлейермахером, Г.-Г.Гадамером, Г.Риккертотом и др.

Но так как в диссертации анализируются не только конкретно-исторические представления о жизни и смерти, но и их вписанность в социокультурный контекст, например, посредством идеи эвтаназии, то такого рода исследовательский ход нельзя реализовать только с опорой на метод понимания. В такой ситуации автор исследования поставлен перед необходимостью осуществить свое право на реконструкцию скрытых, неявных смыслов. Это предполагает использование, наряду с исследовательскими процедурами понимания и интерпретации, также и процедуры реконструкции, направленной на выявление скрытых социокультурных смыслов.

В работе, автор обращается к структурно-функциональному методу исследования, к использованию системы наработок некоторых аспектов системно-функциональной теории Т.Парсонса и Р.Мертонса. В диссертации нашли отражение некоторые принципы культур-антропологии и принципы цивилизационно-типологического метода изучения закономерности развития общества.

В ходе использования указанных теоретико-методологических подходов были востребованы другие методы и логические процеду-

ры. Диссертационное исследование базируется на обширном нормативно-правовом материале.

**Научная новизна** диссертационного исследования определяется слабой научной разработанностью проблематики, связанной с проблемой эвтанази, о чем свидетельствует отсутствие работ, где эвтаназия рассматривается в аксиологическом и антропологическом контексте.

**Научная новизна** диссертационного исследования может быть сформулирована следующим образом:

- выявлена специфика философского изучения «эвтанази» и определен понятийно-категориальный аппарат, при помощи которого можно озвучить феномен эвтанази;

- проведен компаративный анализ подходов к указанной теме с позиций классического и неклассического типов мышления рассмотрены причины элиминации события эвтанази из социокультурного бытия человека и общества;

- проанализирован аксиологический аспект проблемы эвтанази;

- раскрыто содержание форм реализации эвтанази на примере зарубежных стран, основывающихся на позитивном и негативном понимании смысла события эвтанази

- установлено, что соотношение и влияние эвтаназии на проблему человеческого достоинства является одной из главных задач в контексте основополагающих базисных человеческих прав;
- рассмотрена динамика идеи эвтаназии в России;
- дана авторская трактовка характера биоэтических проблем эвтаназии.

Содержание новизны раскрывается в следующих **основных положениях, выносимых на защиту:**

1. Эвтаназия – это, по сути, практика прекращения человеческой жизни. Специфика такого прекращения проявляется в том, что страдающий просит о прекращении страданий, т.е. об удовлетворении своей просьбы без медицинских показаний в безболезненной или минимально болезненной форме. Однако эвтаназия ставит вопрос о сущности и способе умирания человека, потому идея эвтанази ценностно дополняет и наполняет философско-антропологические, моральные, правовые и психологические вопросы о сущности и существовании современного человека и человечества.

2. Эвтаназия как предмет исследования не является гносеологическим объектом в классическом смысле, т.к. отношение к этому событию выходят за границы субъект-объектных отношений. Специфика философского изучения эвтанази состоит в том, что, во-первых, предметом анализа выступают не натуралистическое событие умирания, а конкретно-исторические формы отношения жи-

вущих людей к нему; во-вторых, смерть сама по себе не может рассматриваться в философии ни как проблема, ни как феномен; в-третьих, существует неразрывная онтологическая связь жизни и смерти, а философия изучает влияние конкретно-исторических форм интерпретации этой связи на человеческое существование в его индивидуально-личностном и социально-общественном измерениях.

3. В новоевропейском социокультурном пространстве происходит трансформация понятий жизни и смерти, где жизнь становится главной ценностью. Доминанция события жизни сопровождается появлением феномена «негации» эвтанази, породившего социокультурную установку на отождествление смерти с абсолютным злом. Античный и средневековый принцип личной и общественной жизни – «memento mori» не был востребован в потребительском обществе. Начиная с XIX века, мотивы смерти, а соответственно эвтанази вытеснены в «черный» романтизм эстетики. Смерть есть событие, не зависящее от самого человека, оно вне его возможности автономной самореализации, а потому обращение к теме «смерть» блокирует возможность построения антропоцентристского мировоззрения.

4. Танатология определяется как социокультурное явление, иллюстрирующее конкретно-историческое отношение к смерти. Это способствует развитию качественно нового направления - правовой танатологии, которая пытается определить смерть умирание как юридический факт. Эвтаназия, как способ «доброе» решения проблемы смерти по российскому законодательству, в любом ее прояв-

лении рассматривается как правонарушение и преследуется со стороны закона. Однако запрет эвтаназии не снимает вопросов, связанных обсуждением ее нравственно-этических и правовых проблем.

5. Правоприменительная практика некоторых стран пытается обойти непримиримое противоречие между правом и медицинской моралью в вопросе о допустимости добровольной эвтаназии. Это противоречие выражено в следующих тезисах: 1. Жизнь имеет равную ценность на всех стадиях процесса жизнедеятельности; жизнь это абсолютное благо; любая смерть, причиненная действиями другого человека, подозрительна. 2. Лицо может реализовать свою свободную волю лица в отношении своей жизни и смерти; существуют медицинские показания и аргументов в поддержку вмешательства в процесс умирания.

6. Существует неукоснительно соблюдаемое предписание о праве человека на жизнь, однако ни одно законодательство не оставляет право человеку осуществлять свободу выбора между жизнью и смертью. Такой отказ, следуя либеральной парадигме, есть ограничение человека в свободе. Автор предполагает, что в таком случае вся прогрессистская направленность современной культуры подводит нас к принципу «достойного самоубийства». Но это, в свою очередь, выводит акт самоубийство с индивидуального уровня на уровень социальной практики. Таким образом, право на жизнь может привести к искаженной форме культуры зараженной вирусом самоубийством.

7. Эвтаназия, как способ медицинского решения проблемы смерти по российскому законодательству, рассматривается как правонарушение и преследуется со стороны закона. Однако и российскому уголовному законодательству известны случаи освобождения от уголовной ответственности за причинение смерти из сострадания. Так, в России на протяжении XIX-XX вв. неоднократно предпринимались попытки правового решения проблем эвтаназии. Российское дореволюционное уголовное законодательство не уравнивало умышленное убийство с убийством по согласию. В Уголовном Уложении 1903 г. (так и не вступившем в силу) закреплялось положение об уменьшенной ответственности за убийство, «учиненное по настоянию убитого и из чувства сострадания к нему»<sup>1</sup>. Однако современная трактовка эвтаназии как убийству по мотиву сострадания квалифицируется по ч. 1 ст. 105 УК РФ, т.е. как простое убийство<sup>2</sup>.

8. В основе современной биомедицинской этики лежат следующие морально-этические и ценностно-правовые принципы:

- принципы врачевания, заложенные Гиппократом;
- принципы, изложенные Парацельсом;
- деонтологические принципы, в основе которых лежит принцип «соблюдения долга»;

---

<sup>1</sup> Российское законодательство X - XX вв. Т. 9. С. 184.

<sup>2</sup> Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.96 N 63-ФЗ (принят ГД ФС РФ 24.05.96.) / СЗ РФ, 17.06.96, N 25, ст. 2954 // Российская газета. N 113, 18.06.96, N 14, 19.06.96, N 115, 20.06.96, N 118, 25.06.96.

- принцип «уважения прав и достоинства человека» (биоэтика).

В ряду биоэтических вопросов, эвтаназия является одной из самых острых и интересующих общество проблем. Автор считает, что могут быть ситуации, при которых применение пассивной эвтаназии выступает как проявление гуманного отношения к умирающему больному. Этот тезис автор обосновывает тем, что имея неотъемлемое право на жизнь, человек должен, в соответствии логикой того же права, иметь также и право на смерть.

**Научно-практическая значимость исследования.** Результаты диссертационного исследования имеют теоретическое и прикладное значение. Теоретическая значимость работы определяется тем, что она способствует концептуальному осмыслению такого события, как умирание в современном мире.

В практическом плане материалы, представленные в диссертации, могут быть использованы при составлении учебно-программных курсов по философии, конфликтологии, этнополитике, теории государства и права, уголовному праву, муниципальному праву, политологии, медицине и т.д., а также соответствующих методических пособий и проблемных публикаций.

**Апробация результатов исследования.** Основные положения данного диссертационного исследования докладывались и обсуждались на 2 научных конференциях.

Основное содержание исследования раскрыто в 3 публикациях  
общим объемом 1,7 п.л.



## Глава 1. Эвтаназия: теоретико-методологический анализ.

### 1.1. Концептуализация исходных понятий.

К теме смерти у мыслителей и ученых всегда присутствовал повышенный интерес. Ответ на этот вопрос пытались дать еще в античности. Однако античность поняла, что изучать смерть как проблему, значит предположить возможность ее существования на уровне явления, что, по сути, связано с процедурой ее многократного повтора. Но все дело в том, что никто из живущих не имеет опыта смерти, и тем более не может многократно его воспроизвести.

Еще задолго до появления христианства киник Демонакт говорил о невозможности иметь опыт смерти при жизни. Его знаменитая шутка иллюстрирует это. На вопрос, что происходит в Аиде, он отвечал: «Подожди, я оттуда пришлю тебе письмо». Рассказы же о переживаниях в состоянии клинической смерти не могут рассматриваться в качестве эмпирической базы для решения проблемы сущности смерти по той причине, что мы здесь имеем дело с незаконченным опытом. Действительно, что есть переживание и опыт в акте клинической смерти? - Контакт с запредельным, последние всплески сознания, игра воображения в расстающемся с жизнью мозгу, последние переживания тела? Точного и четкого ответа нет.

Все вышесказанное утверждает нас в мысли, что в случае со смертью невозможно ставить, а тем более разрешать «проблему»

смерти как научно-теоретическую, ибо у нас не существует принципиальной возможности иметь в опыте знания о ней.

Чтобы стать «феноменом», смерть должна быть дана нам в пространстве и во времени, то есть должна явить себя в своем пространственно-временном облики. Но говорить о пространственно-временном существовании того состояния, которое есть смерть, бессмысленно, ибо смерть - это выпадение существования из пространственно-временного континуума.

Что-то случается с человеком в моменты умирания, а затем смерти, но он уже не может поделиться содержанием своего опыта смерти. Опыт переживания акта смерти и участие в процессе смерти не прозрачны для наблюдателя. Из всей драмы умирания и смерти остается только мертвое молчащее тело, которое порождает скорбь живых, но не раскрывает тайну бытия «за чертой» и «на черте».

И все же о смерти говорят, вопреки «запрету». Тема смерти присутствует и в обыденной жизни, и в рассуждениях мыслителей. Вопрос о смерти наиболее адекватно может быть поставлен только как вопрос об отношении к смерти отдельного человека, рода человеческого, культуры, общества, социальных институтов и форм общественного сознания. Т.е. выявляется, прежде всего, смысло-жизненная функция смерти.

Итак, большинство вопросов, связанных со смертью, могут быть сформулированы, соглашаясь с Матяш Д.В., только в контексте отношения к смерти. Анализ «отношения к смерти» дает возможность оценочного выявления позитивности и негативности этого от-

ношения. Через понятие «отношение к смерти» можно «просмотреть» специфику ментальности эпох, определить их аксиологическую ориентацию как в материальной, так и в духовной жизни. Более того, понятие «отношение к смерти» методологически мобильно и в различных вариациях соотносится с понятиями «проблема» и «феномен», что позволяет говорить о «проблеме отношения к смерти», о «феномене отношения к смерти»<sup>3</sup>.

Однако понимание смерти невозможно без дефиниции понятия «жизнь», которое, несмотря на частое употребление, так же плохо прояснено. Например, в Советском энциклопедическом словаре жизнь трактуется как «одна из форм существования материи, закономерно возникающая при определенных условиях в процессе ее развития»<sup>4</sup>. Безусловно, это определение не может работать в нашем концептуальном поле. Классическая рациональность «забыла» об этом феномене, т.к. сказать что-либо о явлении, находясь внутри данного явления, проблематично. Чтобы знать об опыте, надо выйти за пределы этого опыта. Выход же за пределы опыта жизни есть смерть, а так как смерть выходит из поля зрения картезианской рациональности, то и жизнь постигает та же участь. Более полным может считаться неклассическое определение жизни.

Нас интересует жизнь в неразрывной связке «жизнь-смерть», где и жизнь, и смерть выступают однопорядковыми явлениями бы-

---

<sup>3</sup> Матяш Д.В. Жизнь и смерть. Социально-философский анализ. Ростов-на-Дону, 2003.

<sup>4</sup> Советский энциклопедический словарь. М., 1981. С. 443.

тия. Жизнь – это не то, чему можно научиться через самообразование. Жизни учатся через смерть. «Если и можно учиться жизни, то у смерти и у другого, то есть, в некоторой пограничной ситуации, внешней (смерть) или внутренней (другой) по отношению к жизни»<sup>5</sup>. Речь идет о присутствии смерти в жизни, где призраки прошлого – индикаторы этого присутствия. Таким образом, понятия «жизнь» и «смерть» находятся в неразрывной связи, пронизывая человеческое существование.

В этом «гнезде понятий», выражаясь языком Гегеля, и находится ключевое для диссертационного исследования понятие «эвтаназия».

Первые упоминания о таком явлении как эвтаназия появляются еще в античном мире. Но со времен Гиппократов присутствует некий врачебный императив: «я никому, даже просящему об этом, не дам вызывающее смерть лекарство, и также не посоветую это». Однако, с недавнего времени, у врачей все чаще и чаще появляется готовность прибегнуть к этой практике, по крайней мере, тогда, когда пациент сам просит о смерти. Как следует относиться к этой тенденции?

Эвтаназия - составное слово греческого происхождения совместившее в себе два понятия: «танатос» - смерть и «эв» (эй, эу) - хороший, благой, т.е. «хорошая, благая смерть».

---

<sup>5</sup> Всемирная энциклопедия. Философия. XX век. М.- Минск, 2002. С.607.

В научной литературе существуют различные написания этого термина. Так А.П. Громов и А. П. Зильбер<sup>6</sup> пишут об эйтаназии<sup>7</sup>. Однако более устоявшимся является правописание – эвтаназия.

Однако различием правописания проблема не ограничивается. Этический Кодекс российского врача в ст. 14 предусматривает: «Эвтаназия, как акт преднамеренного лишения жизни пациента по его просьбе, или по просьбе его близких недопустима, в том числе и в форме пассивной эвтаназии»<sup>8</sup>.

В последнем издании Большой Медицинской Энциклопедии говорится: «Эвтаназия - намеренное ускорение наступления смерти неизлечимого больного, с целью прекращения его страданий»<sup>9</sup>. Следует заметить, что в научной литературе и законодательстве некоторых зарубежных стран имеются иные трактовки эвтаназии. Так в словаре О. Рота «Клиническая терминология» дается такое определение: «Euthanasia - легкая, прекрасная смерть, облегчение умирающего»<sup>10</sup>. В American Pocket Medical Dictionary говорится: «Euthanasia: 1. Легкая смерть. 2. Предание смерти лица, страдающего от incurable болезни или находящегося в безнадежном состоянии»<sup>11</sup>.

---

<sup>6</sup> Зильбер А. П. Трактат об эйтаназии. Петрозаводск, 1998. С. 20.

<sup>7</sup> Громов А.Л. Эйтаназия // Судебно-медицинская экспертиза. 1992. №4. С. 3-5.

<sup>8</sup> Этический Кодекс российского врача. М., 1995. С. 11.

<sup>9</sup> Большая Медицинская Энциклопедия. М., 1986. Т. 27. С. 555.

<sup>10</sup> Рот О. Клиническая терминология. СПб., 1898. С. 200.

<sup>11</sup> American Pocket Medical Dictionary. Philadelphia.London: Saunders, 1953. p. 230.

Encyclopedia Americana утверждает, что «Euthanasia- у греков означала счастливую смерть за Родину. В современной науке термин используется как устранение страданий при incurable болезнях с помощью анестетиков, или наркотиков в смертельных дозах. Однако религия, закон и медицинская этика отвергают все формы самоуничтожения»<sup>12</sup>.

В Британской Энциклопедии эвтаназия называется «милосердным убийством» (mercy killing) - это действие или практика, направленная на получение безболезненной смерти у лиц, страдающих от болей при неизлечимых болезнях или физических расстройствах»<sup>13</sup>. В «Англо-русском медицинском энциклопедическом словаре» эвтаназия определяется как: 1. Безболезненная смерть. 2. Намеренное умерщвление неизлечимого больного с целью прекращения его страданий<sup>14</sup>.

Сам термин «эвтаназия» был введен в обиход Конгрегацией Вероучения в «Декларации об эвтаназии» от 5 мая 1980 года. Текст Декларации пытается дать дефиницию понятию «эвтаназия». Так в тексте декларации говорится, что под эвтаназией предлагается подразумевать всякое действие или, наоборот, бездействие, которое, по своей сути или намерению, приводит к смерти, имеющей целью уст-

---

<sup>12</sup> Encyclopedia Americana. N.Y., 1944. v. 10. p. 586.

<sup>13</sup> Encyclopedia Britanica. London, 1994. v. 4. p. 610.

<sup>14</sup> Англо-русский медицинский энциклопедический словарь. М., 1995. С. 230.

ранение боли и страдания. Безусловно, в таком понимании данный феномен – это сознательное убийство, совершенное «из жалости».

Однако эвтаназия сама по себе ставится на уровень намерений:

- об эвтаназии говорится лишь тогда, когда есть намерение положить конец жизни данного лица или ускорить его смерть;
- об эвтаназии не идет речь, когда стараются облегчить страдания какого-либо лица, находящегося в последней стадии тяжелой болезни, назначая ему медикаменты, которые лишь непрямым образом могут ускорить физиологический процесс умирания. В этом случае не ставят перед собой цели «помочь умереть» пациенту, но пытаются уменьшить его боль при помощи препаратов, которые лишь в качестве побочного эффекта способны ускорить приближение конца. Смерть здесь не провоцируется преднамеренно, прямым образом, но является возможным последствием обезболивающей терапии.

Эвтаназию можно поставить в ряд различных медицинских методов:

- эвтаназия присутствует в том случае, когда употребляется препарат, вызывающий смерть, а также, если больного лишают всего того, что ему необходимо для жизни, или всего того, что для него благотворно;
- эвтаназии нет в случае, когда прекращается или упускается такое лечение, которое имело бы неблагоприятное влияние на больного;

- эвтаназии нет в случае прекращения реанимации, когда состояние церебральной смерти является необратимым;
- эвтаназии нет в случае нерезанимации плохо сформированного новорожденного ребенка, или в тяжелом патологическом случае, если он естественным образом ведет к смерти;
- эвтаназии нет, если «дают спокойно умереть» больному смертельной болезнью, которая естественным образом приводит к смертельному исходу в краткий срок - в случае, когда всякая терапия позволила бы лишь на короткое время продлить жизнь в невыносимых условиях<sup>15</sup>.

Однако такая трактовка эвтаназии ставит большее количество проблем, чем может разрешить. В частности, если принять такую, якобы, логико-доказательную экспликацию, то необходимо вводить в «гнездо понятий» понятия «неизлечимости», «жалости» и «сострадания».

Страдания сами по себе у многих вызывают сочувствие. Можно ли отказать в таком акте милосердия? Но эта жалость уже сама по себе является двусмысленной. Соблюдается в таком случае формально декларируемая свобода выбора?

Право должно быть очень чувствительно к таким опасностям. Даже письменное согласие на эвтаназию не всегда может иметь юридическую силу, поскольку может быть получено незаконными способами. Кроме того, такая трактовка полученного согласия, по сути, узаконивает понятие «гуманного» убийства.

---

<sup>15</sup> «Декларации об эвтаназии» от 5 мая 1980 года.



И тут возникает два аспекта - моральный и правовой. Так, то, что допускает мораль, может быть запрещено законом. Поэтому под «умерщвлением» необходимо понимать действие или бездействие, повлекшее за собой лишение человека жизни, независимо от того, какое действие преобладало прямое или косвенное.

Согласно этому определению, случаи медицинского умерщвления представляют примеры эвтаназии, потому что они направлены к одной и той же цели - смерти.

Чтобы избежать вышеуказанных проблем – сформулируем то определение, которое будем использовать в своем диссертационном исследовании, как наиболее нас удовлетворяющее. Эвтаназией называется всякое действие, направленное на то, чтобы положить конец жизни той или иной личности, идя навстречу ее собственному желанию, и выполненное незаинтересованным лицом.

Проведенная, далеко не полная, концептуализация глоссария является своеобразным введением в тематику исследования.

Эвтаназия, будучи вопросом о сущности и способе умирания, безусловно вписана в предметное поле философских, морально-этических, правовых и др. проблем. Именно в рамках такого предметного поля и можно, на наш взгляд говорить о ее легализации и морально-этическом оправдании. Разумеется, речь идет об эвтаназии в ее современном понимании, т.е. как об акте добровольном, основанном исключительно на волеизъявлении пациента.

Автор считает, что именно эпоха Просвещения испугалась темы смерти. Была начата агрессивная критика любой мысли о

смерти, т.к. мысль о ней нивелирует такие достижения когнитального мышления как прогресс, свобода, разум, наука и т.д. Сама же смерть перешла из одной предметной области в другую, она стала пониматься рационалистически ориентированным мировоззрением как нечто внешнее и абсолютно чуждое носителю разума.

В результате этой аберрации смерть стала восприниматься как абсолютное зло, а жизнь превратилась в абсолютную ценность. Возникает дуальная связка «жизнь-смерть», логика которого говорит человеку, что необходимо избегать даже мысли о смерти. Противопоставление жизни и смерти породило враждебное отношение человека к другим людям и к миру, которые могут стать причиной моей «не-жизни». Это, в свою очередь, привело к ситуации вытеснения темы смерти из социокультурного пространства.

Поэтому в современном мире, где рационально-прогрессистское мировоззрение уже не так тотально доминирует, возникает потребность говорить о смерти, чему способствует специальная наука - танатологии, в рамках которой, и можно говорить об эвтаназии как об одном из феноменов современной культуры.

## 1.2. Герменевтические подходы в осмыслении феномена «эвтаназия».

Повышенный интерес к эвтаназии в последние десятилетия связан с прогрессом медицины и особенно реаниматологии, позволяющий бороться со смертью длительное время. Эти проблемы становятся все более актуальными на фоне существенного старения населения, которое уже само по себе порождает много экономических, социальных, морально-этических и юридических вопросов, касающихся содержания, ухода и лечения стариков и безнадежных больных.

К категории людей (старика, больные и др.) которые еще не пережили биологическую смерть и находятся в пограничной ситуации сочли целесообразным назвать социальной смертью. Однако до конца не выясненным остается вопрос, в каких случаях пациентов относить к живым людям, а в каких – к живым трупам? Если следовать логике доводов и в основу критериев, определяющих понятие социальной смерти, положить способность человека к полноценной жизни в сообществе людей, то как тогда рассматривать ситуации с врожденной олигофренией на уровне идиотии или предельно ограниченную функцию высшей нервной деятельности? По логике вещей, такие люди – тоже живые трупы, т.е. «нелюди».

Несмотря на высококачественную паллиативную помощь, доступную далеко не всем больным, некоторые, а их, по данным ряда

авторов, от 10 до 50% умирающих, настаивают на ускорении смерти из-за болей в последнюю неделю перед смертью. Другие физические проблемы – упорное кровотечение из-за нарушения свертываемости или наличие кровоточащей язвы, заглатывание мокроты при раке гортани, упорный понос при приобретенном иммунодефиците и др. – также заставляют больных настаивать на ускорении смерти. Мотивом к этому может быть и ощущение беспомощности, зависимости от других, нарушение сознания и др. Умереть быстро и без мучений – мечта многих пожилых и больных людей, прежде всего тех, кто страдает нестерпимыми болями.

Важность проблемы эвтаназии привела к принятию Всемирной медицинской ассоциацией (ВМА) на ассамблее в Италии в октябре 1983 года Венецианской декларации относительно неизлечимых больных, где говорится о том, что «врач может облегчить страдания неизлечимого больного путем воздержания от лечения с согласия пациента или его ближайших родственников, если пациент не в состоянии выразить свою волю. Воздержание от лечения не освобождает врача от обязанности помогать умирающему человеку и давать ему необходимые медикаменты для облегчения заключительной фазы его болезни».

В октябре 1987 года на ассамблее в Мадриде была принята «Декларация относительно эвтаназии». Вот ее полный текст: «Эвтаназия, то есть акт преднамеренного прерывания жизни пациента, даже сделанная по просьбе самого пациента или по просьбе его близких родственников, является неэтичной. Это не освобождает

врача от принятия во внимание желания пациента, чтобы естественные процессы умирания шли своим ходом в заключительной стадии заболевания».

Вывод напрашивается сам собой: пассивной эвтаназии - быть, а активной - нет. К этому решению сообщество врачей шло не один десяток лет, однако неосознанное их принятие и слепое следование им может принести не только пользу. Особенно если учесть законы, например, Нидерландов, Бельгии, Северных территорий в Австралии, штате Орегон в США, допускающих активную эвтаназию.

Принятие в Нидерландах закона, легализующего эвтаназию, было подано некоторыми средствами массовой информации как «революционный шаг» или даже «знаковое событие миллениума» (закон был принят нижней палатой парламента накануне нового тысячелетия, 28 ноября 2000 г.). На самом же деле принятие закона стало логическим завершением истории, начало которой относится к тому времени, когда в Соединенных Штатах был создан прецедент, ставший основанием для признания за пациентом права на отказ от искусственного поддержания жизни.

Как мы уже отмечали, с древнейшей поры проблемы жизни и смерти была предметом философского и правового осмысления. Постичь проблему пытались и античные философы, видя в ней важнейший вопрос человеческого существования. Сократ и Платон, например, считали допустимыми убийство тяжело больных людей, даже без их согласия. Более того, они полагали, что человек, в силу

своей слабости ставший обузой для общества, обязан совершить самоубийство, что это его моральный долг.

Если коснуться истоков проблемы эвтаназии, то уместно вспомнить Клятву Гиппократов, которая запрещала врачам убийство. Она возникла в Древней Греции во времена Сократа. Она запрещала помогать умирающим пациентам, которые просили о смерти. Однако это должно быть понято в историческом контексте: школа хотела объединить своих членов против конкурирующих исцелителей, поскольку она не обладала «юридически признанными профессиональными квалификациями». Таким образом, запрещение эвтаназии школой Гиппократов отделяла ее членов от большинства врачей Древней Греции, которые считали приемлемым позволить своим пациентам умереть или даже убийство из милосердия, считая, что жизнь имеет естественные границы, за пределами которых было бы безумием продлевать ее.

Исторический опыт отдельных культур свидетельствует, что иногда убийство неспособных к жизни вследствие слабого здоровья не только допускалась, но и всячески поощрялось обществом.

Так, в Спарте, а также в отдельных северных племенах, убивали слабых, больных младенцев и стариков, всячески способствовали самоубийству лиц старше 60 лет.

В Японии престарелых людей, с «их согласия», относили на Священную гору и оставляли там для наступления смерти, освобождая тем самым общество и семью от бремени заботы о них<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> Ивченко О.С. Завещание жизни // Домашний адвокат. 2007. № 7.

История знает и готскую «Скалу предков», с которой бросались вниз больные, немощные старики. Вот что об этом пишет И.Силуянова: «Об испанских кельтах, презиравших старость, известно, что как только кельт вступал в возраст, следующий за полным физическим расцветом, то он завершал свою жизнь самоубийством. Обычай, которые предписывали престарелому или больному человеку покончить с собой, в случае их неисполнения лишали этого человека уважения, погребальных почестей и т.п. Это «свободное», на первый взгляд, действие на самом деле было достаточно жестко регламентировано в языческих сообществах»<sup>17</sup>.

Исследуя явление добровольной смерти в древних культурах, Э. Дюркгейм приходит к выводу о его чрезвычайной распространенности. При этом среди возможных мотивов самоубийства, по его мнению, на первом месте стоит «самоубийство по причине преклонного возраста и болезней»<sup>18</sup>.

Несмотря на Клятву Гиппократата, античное общество все же не рассматривало самоубийство как преступление, покушающееся на основы общественного устройства. Известна многим легенда о царе Афин - Эгее. Отправив сына - Тесея - на Крит для борьбы с Минотавром, он договорился, что корабль придет под теми или иными парусами в зависимости от победы или поражения. Оставив свою

---

<sup>17</sup> Силуянова И. Этика врачевания. Современная медицина и православие. М., 2001. С. 240-241.

<sup>18</sup> Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд. СПб., 1998. С. 222.

возлюбленную Ариадну, опечаленный Тесей забыл об уговоре с отцом. Корабли пришли под черными парусами. Эгей, увидев знак печали, бросился в море со скалы. Тесей с великими почестями похоронил отца. Море же, принявшее Эгея, было названо греками Эгейским<sup>19</sup>. Античная философия строилась на принципе - смерть лучше, чем бесславие. В этом случае можно говорить о наличии так называемого предписываемого самоубийства. По-видимому, следует согласиться с Э.Дюркгеймом, что в таких случаях «... коллективное наблюдение не прекращается ни на минуту, касается всех сторон жизни индивида и сравнительно легко предупреждает всякого рода расхождения его с группой. В распоряжении индивида не имеется, таким образом, средств создать себе особую среду, под защитой которой он мог бы развить все свои индивидуальные качества, выработать свою собственную физиономию. Ничем не отличаясь от других членов группы, индивид является только, так сказать, некоторой частью целого, не представляя сам по себе никакой ценности. При таких условиях личность ценится так дешево, что покушения против нее со стороны частных лиц вызывают только очень слабую репрессию. Вполне естественно, что личность еще менее защищена от коллективных требований; и общество, нисколько не колеблясь, требует от нее по самому ничтожному поводу прекращения жизни, которая

---

<sup>19</sup> Легенды и сказания Древней Греции и Древнего Рима. М., 2009. С. 218.



так мало им ценится»<sup>20</sup>. Формировавшиеся кодексы чести предписывали отречение от жизни во имя иных коллективных ценностей.

В последующем государство пыталось регламентировать порядок самоубийства, устанавливая обязательность предварительного санкционирования. «В прежние времена в нашем Марселе, - писал Монтень, - хранился запас цикуты, заготовленный на государственный счет и доступный всем, кто захотел бы укоротить свой век, но при условии, что причины самоубийства должны были быть одобрены советом шестисот, то есть сенатом; наложить на себя руки можно было только с разрешения магистрата и в узаконенных случаях»<sup>21</sup>.

Дюркгейм, анализируя способы регламентации самоубийства, пришел к выводу, что она прошла через две фазы: «В первой фазе личности запрещено кончать с собой самовольно, но государство может выдать на это свое разрешение... Во второй фазе осуждение носит абсолютный характер и не допускает никаких исключений»<sup>22</sup>. Иными словами, для первой фазы характерен функциональный подход к личности. Человек - элемент системы, поэтому какие-либо самостоятельные поступки допускаются только при одобрении всей системы. Поэтому и устанавливается разрешительный порядок самоубийства. Общество в лице официальных органов должно дать оцен-

---

<sup>20</sup> Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд. СПб., 1998. С. 232.

<sup>21</sup> Монтень М. Опыты: В 3 кн. Кн. 1-я и 2-я. СПб., 1998. С. 427.

<sup>22</sup> Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд. СПб., 1998. С. 403.

ку будущему деянию: не приведет ли оно к ущербу по отношению к остальным членам. Если нет, если причины поступка носят уважительный характер, то возможно и санкционирование самоубийства. Верхом социального одобрения такого самоубийства выступает государственное финансирование ухода из жизни.

Вторая фаза ознаменована приходом христианства. В 452 году Арльский собор признал, что самоубийство - результат дьявольской злобы. В 563 году на Парижском соборе были закреплены и карательные санкции. Что дано Богом, от того не может отказаться сам человек. Он не порождает самого себя, поэтому самоубийство есть богоборчество. Самоубийц не хоронят согласно канонам христианской церкви на кладбище вместе со всеми, их запрещено отпевать. Во времена Петра I неудавшихся самоубийц казнили.

Законодательство петровского времени исходило из соображений принадлежности народа своему государю. Только государь может распоряжаться жизнью своих подданных, так как он является «помазанником Божиим» и распорядителем людских судеб. Человек рассматривался как объект регулирования, поэтому в вопросе жить ему или нет, его личное волеизъявление определялось как уголовно-наказуемое деяние. Тем более этому находилось и религиозное обоснование: «человекоубийство самого себя уподобляется оскорблению божественного либо человеческого величества»<sup>23</sup>.

В последующем, гуманизация общественных отношений привела к тому, что большинство стран отказалось от применения крайне

---

<sup>23</sup> Фуко М. История безумия в классическую эпоху, СПб., 1997. С. 108.

репрессивных мер к неудавшимся самоубийцам, однако практика казней была заменена на практику изоляции и принудительного лечения, что существует и по сей день.

Мишель Фуко писал об этом: «Тем, кто пытался покончить с собой, отныне не выносят обвинительных приговоров, их подвергают заключению и приписывают им такой режим, который служит одновременно и наказанием, и способом предупредить повторное покушение. Именно на них были впервые испробованы в XVIII в. печально известные сковывающие приспособления, которые в эпоху позитивизма будут использоваться в терапевтических целях: клетка из ивовых прутьев с прорезью для головы на крышке (человек находился в ней со связанными руками), или «шкаф», в котором человек мог только стоять, запертый по самую шею, так что на свободе оставалась одна его голова»<sup>24</sup>. Тем самым ознаменовывается декриминализация суицида, но при этом общество не отказывается от его трактовки как акта, не отвечающего требованиям сознательного поступка.

Все последующие годы проблема убийства по мотивам жалости, сострадания вызывает многочисленные споры среди юристов, медиков, философов, социологов и религиозных деятелей. Это происходит вследствие того, что понятия жалость и сострадание являются скорее проявлением духовной жизни человека, а это не может быть регламентировано никакими юридико-правовыми и социально ориентированными нормами и правилами.

---

<sup>24</sup> Фуко М. История безумия в классическую эпоху. СПб., 1997. С. 109.

В практическом плане теория о влиянии согласия потерпевшего на наказуемость содеянного всегда допускала множество трактовок.

Так, в конце XVIII в. дискуссии в российском обществе, по поводу насильственного насаждения блага, привели к тому, что одни говорили, что нужно не согласие, а настоятельная просьба жертвы, другие спорили о том, какие блага являются отчуждаемыми и какие не отчуждаемыми и т.п., т.е. имелась в виду исключительно объективная сторона преступления; а мотив, как отмечал видный ученый тех лет М.П. Чубинский, «вспоминают лишь по исключению, причем это обыкновенно делается при выставлении примеров для доказательства необходимости понижать наказание при наличии тех или иных мотивов, раз не может иметь место полное освобождение от наказания»<sup>25</sup>.

Милосердие – это добродетель, которая связана с благом других, и поскольку жизнь является благом, милосердие требует, чтобы она сохранялась и продлевалась. Но в случае, когда смертельно больной пациент, просящий о смерти, испытывает невыносимую боль и страдания, без перспективы их устранения, милосердие может оправдать эвтаназию.

И все же в западноевропейской цивилизации происходит своеобразная метаморфоза в отношении к смерти: мертвым отказано в существовании. Картезианская рациональность вывела за пределы человеческого бытия мертвых как лишенных возможности быть «партнерами экономического обмена». Этой возможности были ли-

---

<sup>25</sup> Чубинский М.П. Мотив преступной... С. 293

шены неодушевленная природа, которая не может заявить о своем «сogito»; определенные расы и народы, живущие в мире эмоционально-чувственной имманентности, а не рационально-рассудочной трансценденции; дети, заблокированные рамками инфантильности и невинности; старики, которым вменяется маразм, склероз, впадение в детство и др., а также неспособность реализовать принцип современной цивилизации – «сogito»; бедняки, которые в пространстве экономики имеют статус «цивилизационного мусора»; слаборазвитые страны в силу их экономической несостоятельности; люди, страдающие умственными расстройствами, а потому бесполезные для экономики; люди, с сексуальными расстройствами и отклонениями, которые не вписываются в общепризнанную норму большинства; женщины, которым современная мужецентристская культура и прагматично-утилитарно ориентированная экономика позволяет играть в эмансипацию, одновременно жестко устанавливая правила и рамки игры; интеллектуалы, которые заигрались с принципом «сogito» и так оторвались от современного мира, что ни мир им, ни они миру уже не приносят пользы; инвалиды, потерявшие способность производить прибавочный продукт, а, следовательно, претендовать на статус универсального человека и т.д.

Все вышеперечисленные социальные страты не включены в главенствующую, начиная с XIX в., систему труда и производства, а значит, они мертвы для утилитарно-прагматического мира. А если вышеуказанные «категории» людей выведены за пределы экономической полезности и рационально-прагматической целесообразно-

сти, т.е. приобретают статус «мертвых» для целей экономического роста и получения прибыли, то они «больше не являются полноценными существами, достойными партнерами обмена, и им все яснее на это указывают, выселяя все дальше и дальше от группы живых - из домашней интимности на кладбище, затем все дальше от центра на периферию, и, в конечном счете, - в никуда, как в новых городах или современных столицах, где для мертвых уже не предусмотрено ничего, ни в физическом, ни в психическом пространстве»<sup>26</sup>.

Поэтому, в начале XX в. немецкие юристы Биндинг и Гохе предложили, отличную от бэконовской трактовки эвтаназии и призвали понимать под «эвтаназией» - уничтожение «неполноценных» жизнью путем умерщвления новорожденных с «неправильным развитием», душевнобольных, больных туберкулезом или злокачественными новообразованиями, инвалидов, стариков»<sup>27</sup>. Затем понятие «жизненно неполноценные» было распространено на «расово неполноценных», что оправдывало истребление цыган, евреев, славян, политических противников, неработоспособных узников концлагерей.

Именно такая интерпретация эвтаназии получила признание и последующее распространение в фашистской Германии.

В частности, 14 июля 1933 г. в декрет «О защите здоровья нации» впервые была введена так называемая «Программа эвтаназии», которая состояла из трех параграфов: умерщвление неизлечимо

---

<sup>26</sup> Бодрийяр Ж. Символический обмен и смерть. М., 2000. С.233-234.

<sup>27</sup> Дмитриева А.А. История Германского государства. М., 1990. С.99.

больных; непосредственное уничтожение с помощью особого обращения и опыты по массовой стерилизации.

К августу 1941 г. число жертв «программы эвтаназии» достигло 70 тыс. человек.

В 1947 г. Нюрнбергский Международный военный трибунал квалифицировал эти действия как преступления против человечества.

Как видно из приведенных выше примеров в конце первой половины XX века идеи эвтаназии были осуждаемы. Однако, в конце второй половины XX в. - начале XXI в. эти вопросы становятся вновь актуальны в социуме.

Действующее законодательство современных государств уже не предусматривает самоубийство в качестве преступления. Уголовные кодексы предусматривают ответственность только за доведение до самоубийства, а также за действия, способствующие или облегчающие его совершение.

В настоящее время есть некоторые профессии, избирая которые, человек сознательно подвергает свою жизнь серьезному риску. Соответственно, гражданин, сознательно выбирая такую профессию, потенциально распоряжается своим правом на жизнь, и государство не осуждает подобное поведение, а скорее, наоборот, поощряет, устанавливая систему льгот, компенсаций и специальных выплат. В данном случае риск для жизни может и не носить реальный характер, выбор возникает только в конкретной ситуации. В этом случае гражданин может сделать приоритет не в пользу интересов военной

службы (правда, за это наступают меры соответствующей ответственности). Но зачастую человек сознательно совершает такие поступки, которые имеют только одно последствие - смерть. Фактически индивид, сознавая неминуемую гибель, преднамеренно идет на это, преследуя тем самым определенную цель. Ее достижение в данный момент ставится выше, чем собственная жизнь. Стоит только вспомнить подвиг Александра Матросова, своей грудью заслонившего амбразуру дота. В этих случаях никто не говорит о самоубийстве.

Приведенные примеры показывают, что самоубийство оценивается именно как акт суицида, когда оно совершается внешне бесцельно. Причем право оценки «бесцельности» дается обществом (и подкрепляется мнением соответствующего врача). Следует оговориться, что самоубийство совершается, как правило, целенаправленно и осознанно. Другое дело, что в этот момент человек дает неточную оценку действительности, неверно формирует представление о самом себе или об окружающих.

XX век многие философы, медики, юристы называют веком техники и информации. Социальные связи носят все более сложный характер. Социальная ответственность носит все более персонифицированный характер. Психика человека не всегда справляется с потоком объективной реальности. Нередко психологический кризис порождает мысли о самоубийстве.

По данным Всемирной организации здравоохранения ежегодно около 400 тысяч человек погибают в добровольном порядке, попы-



ток же насчитывается около 7 миллионов. Одним из ряда вон выходящих случаев можно отметить гибель трех несовершеннолетних девочек в Балашихе, выбросившихся из окна восьмого этажа, породившую целую волну публикаций о природе самоубийства.

Однако, как показано выше, эвтаназия и самоубийство имеют ряд важных различий. Это позволяет говорить об эвтаназии как о самостоятельном понятии.

В теории выделяются два вида эвтаназии: пассивная эвтаназия (намеренное прекращение медиками поддерживающей терапии больного) и активная эвтаназия (введение умирающему лекарственных средств либо другие действия, которые влекут за собой быструю смерть). К активной эвтаназии часто относят и самоубийство с врачебной помощью (предоставление больному по его просьбе препаратов, сокращающих жизнь).

Пассивная эвтаназия («метод отложенного шприца») проявляется в том, что врачебная помощь прекращается, что соответственно ускоряет смерть пациента. Пассивная эвтаназия практикуется почти во всех странах. Согласно сведениям, опубликованным в Международном медицинском журнале<sup>28</sup>, 40% всех смертей больных наступает либо в результате принятия совместного с медиками решения о прекращении жизни, либо в результате отказа от лечения, либо с помощью лекарств, ускоряющих наступление смерти. Пассивная эвтаназия выступает как отказ от искусственного поддержания жизни.

---

<sup>28</sup> Международный медицинский журнал. 2008. С. 357-360.

Однако основным предметом дискуссии оказалась активная эвтаназия, которая и ассоциируется с эвтаназией вообще. Под активной эвтаназией («метод наполненного шприца») понимают быстрое и безболезненное умерщвление больного.

Активная эвтаназия может выражаться в следующих формах:

1. «Убийство из милосердия» - происходит в тех случаях, когда врач, видя страдания больного человека, вводит ему повышенную дозу обезболивающего препарата, в результате чего наступает смертельный исход.

2. «Самоубийство, ассистируемое врачом» - происходит, когда врач только помогает неизлечимо больному человеку покончить с жизнью, не принимая сам активных действий.

3. Собственно активная эвтаназия – разновидность самоубийства .

По данным Американской медицинской ассоциации, большая часть больных, умирающих в больницах США, уходит из жизни добровольно с помощью медперсонала. Считается, что подобная практика негласно существует и в России. Таким образом, суть проблемы активной эвтаназии заключается в попытках оправдать умышленное причинение врачом смерти больному из сострадания или по просьбе самого умирающего либо его близких.

Однако такое членение эвтаназии не может считаться полным. Есть ряд положений уточняющих сложившиеся представления о типологизации эвтаназии, в частности, понятие «информированный больной» и т.д.

Понятие «информированный больной», предполагает осведомление о состоянии здоровья, диагнозе и прогнозе. В случае пассивной эвтаназии медицинский работник не совершает по отношению к больному тех действий, которые могли бы продлить его жизнь, т.е. пассивно санкционирует умирание, подчас связанное с сильными физическими и душевными страданиями пациента. В случае активной эвтаназии врач, по заранее принятому соглашению с больным, ускоряет смерть больного.

В зависимости от возможности выразить свою волю эвтаназия бывает добровольной и недобровольной. Добровольной называется эвтаназия, которая осуществляется по просьбе больного. Предварительное выражение своей воли на случай необратимой комы в юридически значимой форме получило распространение в США, Голландии и некоторых других западных государствах. Недобровольная эвтаназия осуществляется без непосредственного согласия больного, хотя это не означает, что она в данном случае противоречит его воле, — просто он из-за болезни не может выразить свою волю и не сделал этого заранее. К тому же те, кто принимают решение об эвтаназии, предполагают, что, если бы больному мог выразить свою волю, он пожелал бы этого.

Сочетание названных форм эвтаназии дает нам право выделить четыре возможных варианта: активная и добровольная эвтаназия, активная и недобровольная эвтаназия, пассивная и добровольная эвтаназия, пассивная и недобровольная эвтаназия. Сторонники эвтаназии, как правило, имеют в виду ту ситуацию, когда эвтаназия явля-

ется пассивной со стороны медицинского работника и добровольной со стороны больного. К активной и недобровольной эвтаназии отношение обычно отрицательное.

Названия и представления об эвтаназии, таким образом, многообразны и неоднозначны. А.П. Зильбер различает такие виды эвтаназии, которую он называет эйтаназией:

— эйтаназия: легкая безмятежная смерть, наступившая естественным путем или с помощью специальных мер;

— добровольная эйтаназия: вызывание у страдающего больного легкой и безмятежной смерти по осмысленному требованию больного с помощью различных медикаментозных и иных средств;

— принудительная эйтаназия: вызывание легкой и безмятежной смерти у человека не по его требованию, а по решению родственников, общества и его законодательных институтов;

— милосердное убийство: юридический эквивалент понятия «добровольная эйтаназия»;

— пассивная эйтаназия: разновидность добровольной эвтаназии, или принудительной, когда прекращение необходимой поддерживающей терапии влечет за собой смерть;

— активная эйтаназия: разновидность добровольной или принудительной эвтаназии, когда смерть вызывают применением специальных средств<sup>29</sup>.

---

<sup>29</sup> Зильбер А. П. Трактат об эвтаназии. Петрозаводск, 2005. С. 23.

Вообще, в нашем представлении, эвтаназия - это действие или бездействие врача, иного человека, наконец, самого больного, влекущие за собой наступление мгновенной или безболезненной смерти последнего. Эвтаназия может быть добровольной и принудительной. И добровольная, и принудительная эвтаназия, в свою очередь делится на пассивную и активную.

Под активной эвтаназией понимается проведение каких-либо действий, введение лекарственных средств, которые ускоряют смертельный исход. Пассивная эвтаназия заключается в неприменении средств и невыполнении врачебных манипуляций, которые поддерживают определенное время жизнь тяжелобольного пациента.

Активная эвтаназия подразумевает совершение врачом действий, сознательно и непосредственно направленных на причинение смерти пациенту; пассивная, - напротив состоит в совершении действий которые могли бы искусственно продлить физическую жизнь пациента и предоставлении ему возможности умереть. Это разграничение играет роль водораздела при подходе к вопросу о легализации эвтаназии. Существует и другая, более тонкая классификация, при которой границы между этими двумя формами выступают менее отчетливо.

Ряд авторов считает, что суицидальная форма (самоубийство с помощью врача) имеет несколько преимуществ. Для некоторых больных обладание летальной дозой медикамента дает им свободу поступков при знании, что они могут изменить свое решение. По-

скольким больные сами принимают лекарство, никто не сомневается в добровольности этого акта. Участие в нем врача не прямое.

Оппоненты этого метода убеждены, что он нарушает традиционный моральный и профессиональный запрет намеренного способствования смерти больного. Пациент может принять решение о самоубийстве под влиянием внешних воздействий. Препараты не всегда достаточно эффективны, поэтому родственники могут стать свидетелями мучений больного, выражающихся в рвоте, аспирации, угнетении сознания, но не смерти. Будучи доставленными в отделение реанимации, такие пациенты получают отвергнутую ими ранее помощь.

Что касается добровольной активной эвтаназии, то для больных, решивших ускорить смерть из-за невыносимых мучений, - это метод эффективный и быстрый. Здесь не являются помехой нарушения глотания и рвота. Однако этот метод требует активного и прямого участия врача, поэтому его моральная ответственность не вызывает сомнений, ибо во время смертельного акта врач уже не может удостовериться в добровольности и осознанности решений больного.

Таким образом очевидно, что добровольная активная эвтаназия вступает в противоречие с традиционным медицинским запретом намеренного умерщвления.

Альтернативой этим двум формам эвтаназии являются отказ больного от приема пищи и питья, а также терминальная седация.

Добровольный отказ от пищи и питья в зависимости от состояния больного приводит к смерти в течение 3 недель и более. Этот метод имеет несколько преимуществ. В финальных стадиях многих заболеваний многие больные теряют аппетит. С точки зрения закона отказ больного от приема пищи и воды вполне допустим. Добровольный характер этого действия не вызывает сомнений, он защищает право больного на независимое принятие решения и не требует участия врача. Однако голод и жажда еще более усиливают мучения умирающих, требуют проведения седативных мер.

При терминальной седации используются опиоиды, бензодиазепины, барбитураты, нейроплегики или их комбинации. Исследования показали, что она применяется у половины терминальных больных. Больной в бессознательном состоянии умирает от основного заболевания, а также от дегидратации, голода, других осложнений, поскольку в это время отключается и поддерживающая терапия. Хотя смерть при этом неизбежна, она наступает через несколько дней, даже недель, поскольку больные находятся без сознания, считается, что они свободны от страдания. В большинстве случаев терминальная седация сокращает жизнь только на часы или дни. На первый взгляд, она не противоречит целям медицины по облегчению страданий умирающего. При более внимательном рассмотрении терминальную седацию можно считать одной из форм умерщвления — «медленной эвтаназией». Во многих случаях пациент, получивший седацию, умирает от комбинации двух факторов: преднамеренного со стороны врача введения больного в ступор и прекращения пита-

ния и питья. Оба эти действия, поскольку они направлены на облегчение положения больного, считаются не противоречащими закону и этически допустимыми.

Терминальная седация имеет и другие практические преимущества. Она может быть выполнена больным с серьезными физическими ограничениями. Врачи могут удостовериться в полной свободе принятия решения больным. Кроме того, многие сторонники метода считают возможным назначать седацию больным, уже не способным принять решение, но испытывающим мучения, при условии согласия семьи.

Однако при терминальной седации в финале главным действующим лицом является не больной, а врач. Существуют сомнения в полном освобождении больного от мучений, если продолжают сопутствующие симптомы (кровотечение, затруднение дыхания, желудочно-кишечные осложнения и др.).

Здесь уместно указать ту типологизацию эвтаназии, которой авторы диссертационного исследования отдают предпочтение. Так соглашаясь с Дж.Ландбергом, врачом и биоэтиком, следует различать шесть основных форм эвтаназии:

1) пассивную, когда врач воздерживается от применения медицинских мер, направленных на продление жизни обреченного на смерть пациента, сохраняющего сознание;

2) полупассивную, когда прекращается искусственное питание пациента, находящегося в вегетативном состоянии;



3) полуактивную, когда отключается аппарат искусственного дыхания, поддерживающий жизнь такого пациента;

4) непредусмотренную – в случае, когда применение препаратов, назначенных врачом для притупления боли (так называемая паллиативная помощь), ускоряет наступление смерти пациента;

5) суицидальную (самоубийство с помощью врача), когда врач снабжает пациента смертельной дозой, которой тот может воспользоваться, когда и если решит уйти из жизни;

б) активную, когда врач сознательно делает пациенту смертельную инъекцию или иным способом вводит ему смертельную дозу препарата<sup>30</sup>.

Итак, событие эвтаназии не является гносеологическим объектом в классическом смысле. Отношение к эвтаназии, зачастую, выходят за границы субъект-объектных отношений. Специфика изучения темы «эвтаназия» состоит в том, что, онтологическая укорененность события эвтаназии в обществе и культуре может быть объяснена с помощью понятий жизнь и смерть, которые по-разному проявляется в различных культурах. В новоевропейском социокультурном пространстве происходит трансформация понятий жизни и смерти, где жизнь становится главной ценностью. Доминанция события жизни сопровождалось появлением феномена «негации» эвтаназии, породившего социокультурную установку на отождествление

---

<sup>30</sup> Шенкер Д. Механическое самоубийство, законодательство об эвтаназии и оздоровительный кризис. М., 2009.

смерти с абсолютным злом. Античный и средневековый принцип личной и общественной жизни – «memento mori» не был востребован в потребительском обществе. Начиная с XIX века, мотивы смерти, а соответственно эвтаназии вытеснены в «черный» романтизм эстетики. Смерть есть событие, не зависящее от самого человека, оно вне его возможности автономной самореализации, а потому обращение к теме «смерть» блокирует возможность построения антропоцентристского мировоззрения.

## Глава 2. Эвтаназия: культурно-исторические формы явления.

### 2.1. Аксиологический аспект проблемы эвтаназии.

В европейской культуре Нового времени не сложилась традиция вводить в определение человека тему его умирания и смертности. Поэтому, большинство исследований посвященных обществу строились на базе такого понимания человека, которое не учитывало факт его смертности.

Определения общества, приводимые в различных словарях и энциклопедиях, содержат общую мысль о том, что «общество - исторически развивающаяся совокупность отношений между людьми, складывающихся в процессах их совместной деятельности»<sup>31</sup>. Так, О. Конт, считал, что общество есть функциональная система, в ее структуру входят семья, классы и государство, и базируется она на разделении труда. Веберовская концепция социального атомизма строилась на идее, согласно которой все общественные процессы можно объяснить законами индивидуальной деятельности и поведения. Из общественных действий, связанных с индивидом и индивидуальностью, исходил и Т. Парсонс, считавший общество системой, основанной на определенных нормах и ценностях. Дюркгеймовская концепция общества сводится к пониманию его как человеческого

---

<sup>31</sup> Философская энциклопедия в 5-ти тт. Т.4. С.204.

коллектива, обладающего своей внешней по отношению к индивиду силой жизни. Согласно марксовой теории, общество есть, прежде всего, система общественных отношений, а не совокупность людей. Общество в марксизме понимается как «сам человек в его общественных отношениях»; как «продукт взаимодействия людей». Эти, можно сказать классические, теории общества являются основными и по сегодняшний день.

Однако существуют и другие, менее известные учения об обществе, например, Р. Бхаскара, который определил общество как «сложный реальный объект, несводимый к более простым, таким, как люди». По его мнению, общество и человек не есть части одного целого. По отношению к индивидам «общество выступает как нечто такое, чего они никогда не делали, но что существует только благодаря их деятельности»<sup>32</sup>. В современной отечественной литературе можно выделить «деятельностную парадигму» К. Мамджана, в соответствии с ней общество - это система основных типов самодостаточной деятельности, т.е. такой деятельности, с помощью которой люди создают все необходимое для их жизни. Ни одна часть общества, согласно этой концепции, не обладает самодостаточностью. Общество, по мнению К. Мамджана, - это реальная группа людей плюс самодостаточность. Реальная группа характеризуется общностью целей, интересов, воли и наличием самосознания «мы», самодеятельностью (действует как единое органическое целое).

---

<sup>32</sup> Бхаскар Р. Общества // Социо-логос. М., 2001. С.220, 227.

В нашу задачу не входит описание всех определений понятия «общество», сложившихся в европейской культуре. Наша цель - констатировать, что в востребованных культурой Нового времени определениях общества наблюдается полное абстрагирование от темы смерти и смертности человека. Все концепции общества явно или неявно исходят из мироощущения человека, обладающего энтузиазмом по поводу любой рациональной конструкции и презрение ко всему спонтанно-непосредственному. Духовное причисляется к разновидности миражей, объявляется культурный крестовый поход против всех разновидностей нерационального способа постижения себя и мира.

Н. Бердяев назвал такого человека термином «буржуа», дав ему следующую характеристику. «Буржуа» не знает ничего кроме желания действовать: бороться, завоевывать, переорганизовывать, торговать, переделывать мир. Он бездуховен по исходу, так как не мыслит себя вне пределов мира материального богатства. К вечным проблемам он безразличен, его взгляд прикован к ситуации повседневности. Мироззрение такого человека, или бердяевского «буржуа», по исходу отказывает теме смерть в легализации.

М. Вебер четко зафиксировал, что главной чертой современного человека и общества является рациональный подход ко всему.

В рамках такого подхода тема смерти и смертности в решение проблем общества явно не вписывалась.

Итак, новоевропейская традиция в понимании общества, опираясь явно или неявно на такое понимание человека, которое абстра-

гируется от идеи смерти и смертности. Общество изучает свои закономерности, генезис и природу правовых, социальных институтов, содержание общественного сознания и т.д., изначально предполагая, что смерть - дело отдельного человека, и бессмысленно предполагать ее соотнесенность структуре и содержанию общественного организма.

В характеристику западноевропейского общества, сложившегося к концу XX века тема смерти человека также не заложена. Например, характеристика современного общества как общества потребления включает указание на то, что деятельность человека в нем ориентирована на такие ценности и идеалы, как деньги, максимум прибыли и др., в основе которых лежит главная ценность - эгоистический индивидуализм человека, жаждущего телесно-физиологического комфорта. Возникшее во второй половине 60-х годов XX века определение современного общества как информационного также обошло вниманием смертную природу человека. Интерес исследователей сосредоточился на выявлении тех политических, юридических, технических, экономических, образовательных и других изменениях, которые грядут в обществе, где основным богатством и ресурсом выступает информация.

Интересно отметить, что мыслители эпохи Возрождения, в которой господствовала идея холизма<sup>33</sup>, не обошли вниманием тему

---

<sup>33</sup> Холизм – представление о мире, совокупности вещей или явлений, где единое, цельное предшествует составным частям, организует, выстраивает, завершает эти части, сообщает им бытие, которым они сами

смерти в своих попытках проанализировать общество. Особенно показательны в этом отношении социальные утопии Т. Мора и Т. Кампанеллы.

Но смерть для них потеряла сакральное измерение. При этом следует учесть, что еще близка была эпоха средневекового христианства, где смерть не изымалась из жизни и не рассматривалась как зло. Утописты, с одной стороны, как бы продолжили традицию христианства, состоящую в том, что нельзя говорить о жизни вне контекста смерти, а с другой - у них уже сформировалось восприятие смерти как биологической негативности, что и определило место и роль смерти, отводимые ими в социальных утопиях.

Гуманизм как мировоззренческая система, явившаяся результатом культурного движения эпохи Возрождения, признал ценность человека как личности, его право на свободу, счастье, творчество. Человек был провозглашен вершителем истории и собственной судьбы, а его благо стало критерием оценки любых социальных институтов. Была предпринята грандиозная попытка преодолеть все преграды, ограничивающие свободу существования индивида. Единственным и неустранимым, на первый взгляд, ограничением, с которым столкнулась гуманистическая мысль, было осознание конечности человеческой жизни. Смерть и смертность как бы наложили тяжкие узы на само существование человека. Они ограничивали

---

по себе – как части, не обладают. Греческое слово «холос» - целое, единое, нерасчлененное.

время бытия человека и уменьшали возможность его творчества. Необходимо было изобрести способы избавления от этих уз.

Утописты предприняли попытку возвысить человека, освободить его от мыслей о конечности своего существования. При этом надо отметить, что гуманисты не пошли по пути «забвения» темы смерти. Они пошли более искусным, но и более сложным путем: в социальных утопиях предлагались принципы общественного устройства, базирующегося на представлении о бесконечной жизни, достигаемой в бесконечном будущем. Иллюзия о будущем идеальном обустройстве мира избавляла людей от переживаний по поводу первородного греха и смерти, обещала им вечное блаженство на земле. Так родилась гуманистическая иллюзия возможности построения общества, где будут царить счастье, радость, свобода человека.

Тема смерти стала одной из главных в утопиях Т. Мора и Т. Компанеллы, которые были озабочены тем, как отнестись к смерти человека. Единодушны они были в одном: нельзя поощрять ни некрофилию, ни некрофобию. Поэтому Т. Мор был ярким противником публичного показа мертвого тела. В своей «Утопии» он пишет так по этому поводу: «Утопийцы считают, что неодолимое желание видеть смерть, хотя бы даже зверей, возникает от жестокости души или при постоянном испытывании этого свирепого удовольствия, что в конце концов приводит к ожесточению»<sup>34</sup>. По сути, он один из первых, открыто заявил, что существуют патологии человеческой

---

<sup>34</sup> Мор Т. Утопия. М., 1978. С.219.



психики, которые при созерцании мертвого тела или акта смерти формируют у людей тягу к жестокости, сопряженную с некрофилией. Запрет на показ и созерцание смерти – одно из условий нормы человеческого общежития, считал великий утопист. В обществе будущего благоденствия, по мнению утопистов, умирание не должно проходить в одиночестве. Задолго до наших дней Т. Мор высказал идею о необходимости изолировать смертельно больных людей от остального общества, но при этом обеспечить все условия для оказания им всесторонней помощи. Для смертельно больных людей общество должно создать специальные больницы, одна из задач которых – ограждать людей от разговоров на тему смерти вообще и возможной их скорой кончине, в частности.

Особое внимание Т. Мор уделил проблеме, которая реально стала обсуждаться в конце XX века, медицинской помощи желающим освободиться от телесных мук, причиняемых болезнью, т.е. проблеме добровольной смерти. Позиция Т. Мора в отношении неизлечимых больных выражена предельно четко: «Если недуг не только не излечим, но, напротив, постоянно мучает и терзает больного, тогда священники и должностные лица убеждают человека, что, поскольку он не может справиться ни с какими жизненными обязанностями, в тягость другим, тяжел самому себе и уже находится по ту сторону своей собственной смерти, надобно ему решиться не кормить долее свою беду и погибель и умереть, если он уверен, что жизнь для него – мучение. Более того, утешившись доброй надеждой, да освободит он сам себя от этой горестной жизни, как от

тюрьмы и жестокости, или дозволит своей волей другим исторгнуть себя из нее»<sup>35</sup>. Здесь речь идет не только об «успокоении» больного, но и реальном избавлении от жизни посредством явления, названного много позже эвтаназией. В обществе, описанном в «Утопии», умереть больному помогут избранные члены общества: должностные лица и, особенно, священники. Такое спокойно-рассудительное решение проблемы эвтаназии свидетельствует о том, что Т. Мор не видит в смерти ничего сакрального, а потому разрешает гуманистическому обществу умерщвлять больного задолго до его естественной смерти. В более обобщенном виде гуманизм Т. Мора можно выразить так: если не можешь выполнять общественные функции и не приносишь пользу обществу, будь добр - умри.

Говорить о том, существует ли в социальной жизни такое явление, как эвтаназия, не имеет смысла вследствие того, что уже есть определение эвтаназии как права на легкую смерть. Если явление определено в слове, значит, оно существует реально<sup>36</sup>. Кроме того, во многих странах Европы эвтаназия практикуется, правда, большей частью нелегально.

Современное общество говорит о двух видах эвтаназии: пассивной и активной. Пассивная эвтаназия предполагает бездействие

---

<sup>35</sup> Мор Т. Утопия. М., 1978. С.231.

<sup>36</sup> Здесь следует отметить, что эвтаназия существует и в качестве государственно-социальной политики отдельных стран. (Например, Бельгия, Голландия.)

окружающих, более конкретно, врачей, в отношении спасения умирающего. Активная же – направлена на активное вмешательство в жизнь умирающего путем разных способов его умерщвления. Следует сразу уточнить, что эвтаназия, как пассивная, так и активная, есть деятельность одних людей по отношению к другим. Поэтому все попытки представить эвтаназию (как пассивную, так и активную) в качестве разновидности самоубийства не имеют под собой реальной основы. Акт самоубийства есть, при огромных оговорках, акт индивидуального выбора: жить или умереть, а акт эвтаназии в пределе ставит вопрос перед одними людьми в отношении других: убить или спасти этих «других»?

Возвращаясь к эпохе Возрождения, напомним мнение по поводу эвтаназии и суицида того, кто завершал эту эпоху (в интеллектуальном плане) и подготовил почву для новоевропейского рационализма – М. Монтеня, который сочувственно ссылаясь на «наставление, разделяемое почти всеми философами и гласящее, что, если из-за изобилия бедствий жизнь делается невыносимой, надо положить ей конец»<sup>37</sup>.

Гуманизм переориентировал человека, предложив ему опираться в жизни не на Бога и Церковь, а на самого себя и на других людей. Главными темами гуманизма стали, как известно, возможность счастья и свободы в рамках совместного общежития. Общественная природа человека обозначила предмет ученых трактатов и размышлений.

---

<sup>37</sup> Монтень М. Опыты. М., 1991. С.485.

И никто из гуманистов не захотел (а может - не сумел, не посмел) напомнить людям, что «в смертный час человек всегда одинок». Это сделал Б. Паскаль, современник великих гуманистов, который рассуждал так: если в жизни человека есть граница, за которой остается все общество, другие люди и где человек обречен на одиночество, то «смехотворны наши попытки обрести опору в себе подобных. Такие же горестно ничтожные, такие же бессильные, они не могут нам помочь». Но тогда и жить «надобно так, словно ты «один на свете»». Один, но с Богом, путь к которому пролегает через смерть в дольном мире. Человек, осознавший свое одиночество в смертный час, не станет тратить свою жизнь на то, чтобы «возводить себе роскошные палаты»<sup>38</sup>. Так состоялась первая в истории мысли критика утопистов и вообще мыслителей эпохи Возрождения по вопросу отношения к смерти.

Б. Паскаль жил в те годы, когда сформировался общественный идеал, согласно которому «людское мнение» «дороже поисков истины», т.е. поисков пути к спасению. «Наш мир - чужбина для истины: никому не ведомая, блуждает она среди людей», - писал он. Утвердиться такой идеал мог только в ситуации забвения человеком своей смертности. Паскаль напоминал людям об их смертности, он обличал гуманистов как людей той категории, которые «существуют, не обрета и не утруждая себя поисками» Бога, но на эти напоминания и обличения уже никто не обращал внимания.

---

<sup>38</sup> Паскаль Б. Мысли. М., 1989. С.153.

Паскаль взывал (хотя и безуспешно) к людям, говоря, что человек устраивает свою земную жизнь, «опираясь на одно из двух противоположных утверждений». Первое гласит, что «его пребывание в этом мире будто бы нескончаемо». Второе напоминает, что пребывание человека в этом мире «быстролетно и, возможно, через час уже придет к концу». Гуманистическое мировоззрение базировалось на первом утверждении, чем и были обусловлены предлагаемые ими правила и нормы жизни человека. Паскаль же видел истинную суть человеческого «удела» во втором утверждении. Оно не годилось для торжества гуманизма возрожденческого толка. Паскаль предлагал строить общественную и личную жизнь исходя из того, что «наша жизнь мимолетна, а смерть вековечна». И от того, какой смысл мы вкладываем «в понятие вечности», «не могут не меняться» «наши поступки и помышления». Другими словами, согласно Б. Паскалю, конечная цель, «к которой нам должно стремиться», будет истинной или неистинной в зависимости от того, как мы относимся к смерти. Можно жить, как утописты, воспринимая смерть как физиологический акт, а значит, жить, «исполняя любую свою прихоть, гонясь за наслаждениями, бездумно и безбоязненно, словно вечность уничтожится, если о ней не думать...». Но смерть грозит ежеминутно настичь человека, «с железной необходимостью приговорить его либо к вечному небытию, либо к вечным мучениям, но к какой из этих двух вечностей — он ведать не ведает», — сокрушался Паскаль по поводу человека гуманистического мировоззрения. Всех тех людей, которые живут, не думая о неизбежной смерти, пренеб-

регают самым главным «вопросом о вечной жизни», он называл чудовищами. Под это определение Паскаль подводил всех великих гуманистов эпохи Возрождения.

Пытаясь избавиться от страха смерти, отодвигая мысль о ней на периферию своего сознания, люди отдаются житейским заботам, страдают и отчаиваются по мелочам и пустякам из-за утраты должности, потери дохода. Хотя они и знают, «что смерть отнимет у них решительно все», но больше тревожатся по поводу житейских пустячных неудач. У Паскаля даже возникало предположение, что эпоха Возрождения породила какую-то новую популяцию людей, состояние душ которых несовместимо с человеческим существом. И хотя Паскаль и называл этих людей чудовищами, он тем не менее надеялся, что «большинство из них просто играет роль, скрывая подлинное свое лицо, ибо наслышаны, будто сие сумасбродство – признак хорошего тона»<sup>39</sup>.

По существу, Б. Паскаль и Т. Мор говорили о возможных формах общественного устройства, о нормах и правилах социального поведения и действия. Они предлагали разные модели ценностных ориентаций общества в целом и отдельного человека. Т. Мор видел светлое будущее на путях избавления человечества от созерцания смерти, создания специальных больниц для тяжело больных и положительного отношения к эвтаназии. По сути, он не рассматривал

---

<sup>39</sup> Паскаль Б. Мысли. М., 1989. С.139-153, 373.

смерть в качестве смыслообразующего момента жизни. Этому мешала принятая в обществе десакрализация смерти. Б. Паскаль, наоборот, предсказывал нравственно-этическую деградацию людей в случае, если они станут строить свою общественную жизнь на мировоззрении, в котором отсутствует установка на позитивное восприятие смерти и ее смысла в жизни. Новоевропейская культура не востребовала идей Б. Паскаля и эксплицировала во всех сферах общественной жизни только негативное отношение к смерти. Восторжествовала установка, которой были созвучны мысли о смерти и отношение к смерти, заявленные утопистами.

Еще Т. Гоббс поставил вопрос о том, как устанавливаются между индивидами социальные, экономические и иные упорядоченные отношения. По сути, это вопрос о том, возможно ли существование общества, если индивиды или группы индивидов не сумеют сформировать постоянные или ограниченные во времени отношения, обеспечивающие как их совместную жизнедеятельность, так и взаимное понимание (или, наоборот, взаимное непонимание), приводящие к конфликтам.

На вопрос: «как возможно общество?» - различные исследователи отвечают по-разному. Анализируя эти ответы, Ю.А. Агафонов<sup>40</sup> выделил три группы. Одни учения видят средства установле-

---

<sup>40</sup> Агафонов Ю.А. Становление нового социального порядка в России: институциональные и нормативно-правовые аспекты. Автореферат дисс.на соиск.уч.степ.доктора философских наук. Ростов-на-Дону, 2000. С.4-5.

ния социального порядка в принуждении посредством силы. Другие считают, что социальный порядок поддерживается через установление отношений, главным содержанием которых являются феномены «издержек» и «выгоды». Третьи связывают социальный порядок с принятием социальными субъектами необходимости подчинять свои формы поведения каким-то общепринятым ценностным и нормативным предписаниям. В число таких предписаний любая социальность вводит нормативно-ценностное отношение к смерти и жизни. Так, в средние века, где акцент ставился не на бренном и конечном временном отрезке, называемом жизнь, а на вечности, смерть выступала средством упорядочивания человеческого поведения. Действительно, мысль о загробном воздаянии определяла земные деяния подавляющего большинства людей, служила основанием формирования их жизненных установок, а также чувства «ответственности, самодисциплины и сдержанности»<sup>41</sup>. Именно это имел в виду В.С. Библер, когда писал, что средневековый человек осознавал и осмыслял каждое мгновение своей жизни как «мгновение предсмертное, замыкающее жизнь, мгновение исповеди, мгновение на грани времени и вечности»<sup>42</sup>. Живя «на грани времени и вечности», невозможно не заботиться о «качестве» духовно-нравственной и повседневной жиз-

---

<sup>41</sup> Марков Б.В. Живое и мертвое //Фигуры Танатоса: искусство умира-ния. СПб., 1998. С.138.

<sup>42</sup> Библер В.С. Нравственность, культура, современность (философские раздумья о жизненных проблемах) //Этическая мысль. Научно-публицистические чтения. М., 1990. С.21.



ни. Люди боялись умереть, не исповедавшись. Поэтому для них страшна была смерть случайная или внезапная. Ответственность перед Богом за свои земные дела и мысли служила утверждению социального порядка. В этой связи Б.В. Марков утверждает, что благодаря страху перед смертью, связанному с загробным воздаянием, «складывался более либеральный общественный порядок, опирающийся не только на телесное наказание, но и на совесть, долг и другие юридические и нравственные понятия»<sup>43</sup>.

В современной культуре жизнь становится безусловной ценностью, а смерть рассматривается как зло, обрывающее планы и творческие замыслы человека. Не случайно право на жизнь является доминантой социокультурного пространства человеческого существования. О праве же на смерть (эвтаназию) спорят до сих пор. При этом акцент переносится с вечной жизни на жизнь повседневную, временную, что обуславливает возникновение новых принципов и смыслов бытия. Возникает ориентация на наслаждение жизнью, что коренным образом изменяет цели всех форм жизнедеятельности. Например, человек начинает заботиться не о спасении после смерти, а о продлении жизни и связанных с ней удовольствиях. Не случайно в культуре Нового времени мыслители уделяют особое внимание здоровому образу жизни. Феномен здорового образа жизни неявно

---

<sup>43</sup> Марков Б.В. Живое и мертвое //Фигуры Танатоса: искусство умира-  
ния. СПб., 1998. С.138

определяет содержание большинства современных наук о человеке (медицина, право, физиология, педагогика и т.д.).

Опорой социального порядка становится ориентация не на вечность, а на качество жизни в повседневности. Социальный порядок теперь в меньшей степени опирается на морально-этические нормы и правила, связанные с приуготовлением к смерти, и в большей - на юридико-правовые законы, исполнение которых может происходить без «санкции» совести, долга и души.

Утратив мистико-религиозное отношение к смерти, люди стали заботиться о внешней атрибутике мертвого тела: даже свою будущую смерть они мыслят не с позиций вечного спасения, а с оглядкой на оставшихся в живых. Отсюда прижизненная забота о лучшем месте на кладбище, о пышной церемонии ритуала и т.д.

В современной культуре жизнь господствует даже над смертью. Современный человек делает ставку на жизненный комфорт, удовлетворение любых потребностей тела, на избавление от духовно-душевных и телесных напряжений, боли и т.д. Поэтому, как пишет Б.В. Марков, «уже давно опорой порядка в цивилизованных обществах выступает... управление жизнью»<sup>44</sup>. Такого рода управление жизнью осуществляется через формирование экономических, сексуально-половых, утилитарно-прагматических, престижно-ролевых потребностей и их удовлетворение, а также через формирование ин-

---

<sup>44</sup> Марков Б.В. Живое и мертвое //Фигуры Танатоса: искусство умира-ния. СПб., 1998. С.138

ститута развлечения, нацеленного на получение наслаждения не только духовно-душевного, но и физиологически-телесного. Следует отметить следующий факт, требующий специального исследования психологов, культурологов, социологов и т.д.: смерть в ее натуральном виде выступает главным явно-неявным сюжетом. В этом контексте становится понятным страх потерять жизненный комфорт и возможность получать всякого рода жизненные наслаждения в местах принудительной изоляции. Такого рода лишения религиозный аспект воспринял бы как идеальные условия для приготовления себя к Вечности. Формирование социального порядка через управление жизнью наиболее ярко выражается в феномене смертной казни, которая является самым главным устрашением для жизни.

Социальный порядок напрямую связан со способностью власти управлять жизнью и ее потребностями, регламентировать формы развлечения, присвоения и т.д. Действия вопреки этому регламентированию (например, коррупция, покушение на жизнь другого, совращение малолетних и т.д.) подрывают основы социального порядка, базирующегося на управлении жизнью, а потому пресекаются разными способами.

Однако проблема смерти, имея совершенно особое значение, как для отдельного человека, так и для всего социального порядка, продолжает занимать одно из центральных мест в человеческой культуре. И с точки зрения права и закона смерть вполне естественна, также как и жизнь. Юридический аспект танатологии включает в себя самые разнообразные проблемы, связанные со смертью, реше-

ние которых зависит от законодательного вмешательства. Правовую танатологию следует рассматривать как явление правовой культуры.

Говоря о смерти, следует обращаться не только к физической, биологической, психической, социальной, но и к юридической стороне вопроса.

Юридическая смерть есть признание гражданина умершим на основании судебного решения в соответствии со ст. 45 Гражданского кодекса Российской Федерации.

Определение критериев смерти очень важно для правовой теории и юридической практики. «Смерть мозга» как критерий смерти считается последним словом в науке. Современные американские биоэтики (Д. Уилкер и Д. Брок) выступают за дальнейшее изменение определения критерия смерти. Новое определение опирается на понятие «кортикальная смерть». Концепция такова: дышащее тело представляет собой «живые останки» пациента.

В соответствии с этим в современной медицине складывается такое положение, когда в силу объективных причин тезис, выражающий требование бороться за жизнь больного до последнего вздоха, утрачивает универсальную применимость.

Определение момента смерти имеет много условностей. И даже констатация современным законодательством смерти человека на основании диагноза «смерти мозга» не может являться юридической догмой. На наш взгляд необходимо включить в Основы законодательства РФ об охране граждан требования о продолжении медицинских мероприятий по «оживлению» в отношении пациентов после

наступления так называемой церебральной (мозговой) смерти в определенных случаях.

В теории права определение смерти как юридического факта имеет особый смысл. Смерть может быть рассмотрена как юридический факт - событие и юридический факт - действие. Волевой признак - не единственный признак, позволяющий отличать событие от действия. В ряде случаев действия могут быть импульсивными, бессознательными (убийство, совершенное в состоянии аффекта) и закон признает их как противоправные действия. Однако ни противоправным, ни правомерным действием самоубийство, с точки зрения закона, мы назвать не можем.

Смерть как юридический факт порождает юридические последствия лишь тогда, когда этот факт зафиксирован, удостоверен в надлежащей процедурно-процессуальной форме. Вопрос о системе фиксации и удостоверения юридических фактов является одним из важнейших вопросов общей теории юридических фактов. Система же фиксации и удостоверения юридических фактов смерти нуждается в совершенствовании.

Права человека, связанные с правом свободно распоряжаться своей жизнью и телом, являются неотъемлемой частью естественных прав. В системе жизненных прав право на смерть является центральным, как и право на жизнь.

Особую сложность для решения проблемы права на смерть представляют различные формы ухода из жизни. Эвтаназия является

одной из этих форм (способ медицинского решения проблемы смерти).

Вопрос о праве на смерть в законодательном порядке и судебной практике в различных странах решается неоднозначно. Например, в штате Орегон (США) в 1994 году был принят закон о праве на достойную смерть. Смысл закона заключается именно в такой регуляции пользования жизненными правами. Задача закона сводится только к признанию или ограничению этого права. Принудительное решение вопроса о том, жить ли правоспособному человеку или умереть является абсурдом. Однако для устранения этого абсурда необходимо формировать общую культуру и особенно ее составную часть - правовую культуру. Законодательное решение этого вопроса должно гармонично сочетаться с уровнем правосознания граждан, общества в целом, национальными традициями, обычаями, наконец, с общим состоянием всей государственности, в соответствии с теми общественными и правовыми идеалами, которыми руководствуется общество на конкретном историческом этапе своего развития.

Эвтаназия, как способ медицинского решения проблемы добровольной смерти и умирания, по российскому законодательству, запрещена и преследуется со стороны закона.

Однако запрет эвтаназии не снимает наличие споров и широкого обсуждения ее морально-этических и философско-правовых проблем.

Более того, международный опыт свидетельствует о том, что добровольная пассивная эвтаназия разрешена законом в ряде штатов

США, Голландии, Бельгии, а общественная поддержка ее осуществляется во многих европейских государствах.

## 2.2. Культурно-исторические формы эвтанази

Подавляющее большинство врачей и юристов считают эвтаназию совершенно недопустимой, более того, уголовно наказуемой, даже если она предпринимается исключительно «из сострадания», по настойчивому требованию больного, которому в любом случае предстоит в скором времени умереть. Однако, существуют страны, в которые эвтаназия получила юридические права. Чем и как было обусловлено такое либеральное отношение к эвтаназии?

По устоявшемуся мнению, считается, что одной из причин этого стала огласка деятельности американского врача-патологоанатома Джека Кеворкяна. В 1958 году Кеворкян опубликовал в печати ряд статей, в которых призывал безболезненно лишать жизни преступников, приговоренных к смертной казни, а их тела использовать для научных опытов, отдельные органы для пересадочных операций. Позднее, от словесных и газетных выступлений Кеворкян перешел к делу и запатентовал свое изобретение, названное впоследствии журналистами «машиной смерти». С помощью этого приспособления в виде капельницы можно быстро и безболезненно умерщвлять людей. Бывший патологоанатом единолично определял фатальность болезни и ассистировал в подобных делах. За четверть века Джек Кеворкян остановил жизнь 130 больных. В итоге суд штата Мичиган осудил доктора. Еще раньше профессиональная ассоциация американских медиков лишила его звания врача. Сам он получил прозвание «доктор-смерть».



Конец же XX века стал своеобразным водоразделом в отношении юридического обоснования эвтаназии. Так в одном из штатов Австралии - Северной территории - Закон от 25 мая 1995 года разрешил активную эвтаназию под тщательным контролем и при соблюдении ряда необходимых предварительных условий. Законопроект был предложен членом парламента как «Билль о правах неизлечимо больных от 1995 года». Идея проекта противоречила позиции Австралийской Медицинской Ассоциации и общественных групп, защищающих право на жизнь, однако закон был принят и вступил в силу с 1 июля 1996 года. Похожие законопроекты были представлены также в других штатах Австралии.

Однако 25 марта 1997 года вышеназванный закон был отменен (38 голосами против 33), но такая позиция законодателей, очевидно, противоречила общественному мнению<sup>45</sup>.

В настоящее время эвтаназия также запрещена и в Канаде. Закон, легализующий эвтаназию, может быть принят только на федеральном уровне, и будет применяться на всей территории страны. Известно несколько судебных процессов с участием смертельно больных людей, отстаивающих свое право на совершение самоубийства при врачебном содействии. Комиссией Сената были изучены указанные дела, в 1995 г. Федеральному Правительству было рекомендовано не принимать никаких мер по этому вопросу. Министр юстиции того периода Анна МакЛилан 6 ноября 1997 года заявила,

---

<sup>45</sup> По данным опросов в июле 1995 года, за возможность эвтаназии высказывался 81% взрослого населения Австралии.

что, возможно, будет уменьшен размер наказания за совершение убийства второй степени, но о легализации эвтаназии или самоубийства при врачебном содействии не может быть и речи.

В то же время общественными организациями, отстаивающими право на достойную смерть, был проведен ряд акций в поддержку легализации эвтаназии.

В США самоубийство при врачебном содействии регулируется законодательством штатов. Эвтаназия разрешена в штате Орегон при соблюдении ряда обязательных условий и тщательном контроле.

Самоубийство при врачебном содействии специально не преследуется и не наказывается в законодательстве штатов Северная Каролина, Юта и Вайоминг. В других штатах эвтаназия признается уголовным преступлением.

В 1977 году в штате Калифорния после долгих лет обсуждений на референдумах был принят первый в мире закон «О праве человека на смерть», по которому неизлечимо больные люди могут оформить документ с изъявлением желания отключить реанимационную аппаратуру. Однако до сих пор этим законом официально никому не удалось воспользоваться, так как одним из условий осуществления эвтаназии должно быть заключение психиатра о вменяемости паци-

ента<sup>46</sup>, а другое обязательное условие состоит в том, что проводить эвтаназию должен врач, что также невозможно<sup>47</sup>.

Судья в отставке Роберт Сандерсон, обратился в окружной суд. Он заявил, что закон штата, признающий самоубийство при врачебном содействии преступлением, противоречит 1, 4, 5, 6, 9 и 14 поправкам к Конституции США. В 1998 году суд признал этот закон неконституционным по причине его противоречия поправке 1 к Конституции.

3 апреля 1996 года второй апелляционный (окружной) суд США признал неконституционным закон штата Нью-Йорк, признающий врачебное содействие при самоубийстве неизлечимо больного человека преступлением. Судьи признали, что закон противоречит 14 поправке к Конституции США. Это решение распространилось на 3 штата: Коннектикут, Нью-Йорк и Вермонт. 16 апреля 1996 года Генеральный Атторней штата Нью-Йорк заявил, что данное решение будет обжаловано в Верховном Суде США. Верховный Суд отменил решение апелляционного суда.

Законы федерального округа Вашингтон и других штатов по этому вопросу также признавались неконституционными окружными

---

<sup>46</sup> Американская ассоциация психиатров запрещает своим членам участие в подобных процедурах.

<sup>47</sup> Американская медицинская ассоциация приняла решение о запрещении своим членам участие в эвтаназии, выдвинув лозунг: «Врачи не должны быть палачами».

судами, но решения этих судов были отменены Верховным Судом США.

В Швеции и Финляндии пассивная эвтаназия путем «прекращения бесполезного поддержания жизни» не считается противозаконной.

В Швейцарии, где эвтаназия в принципе запрещена, на самом деле человек, который, не имея собственной выгоды, помог другому уйти из жизни, не может быть осужден. По оценкам экспертов, ежегодно в Швейцарии таким прощаются с жизнью около 100 человек. Но пока власти пытаются определиться в своем отношении к идее эвтаназии, один из главных ее сторонников, врач Филипп Нитч, заявил, что купит зарегистрированный в Голландии корабль, и будет предоставлять такие услуги, находясь в международных водах тем самым, обходя закон.

28 марта 1995 года районный суд г. Иокогамы (Япония) признал врача виновным в убийстве неизлечимо больного раком пациента, который должен был умереть спустя несколько дней. Врача приговорили к 2 годам лишения свободы условно. Затем суд перечислил условия, при которых эвтаназия в Японии должна быть разрешена:

- пациент испытывает нестерпимую боль;
- скорая смерть неизбежна;
- все возможные способы снять боль использованы;
- пациент ясно выразил свое желание прервать жизнь.

В настоящее время законы, регулирующие вопросы эвтаназии и самоубийства при врачебном содействии, приняты лишь в двух странах: в американском штате Орегон действует Закон «О достойной смерти» и в Нидерландах - Закон «О прерывании жизни и самоубийстве при врачебном содействии».

Рассмотрим эти примеры подробнее.

В 1976 году в штате Калифорния было впервые законодательно закреплено право взрослого безнадежного пациента отказаться от лечения, если оно служит лишь для некоторого искусственного отдаления момента наступления его смерти. Больной мог выразить свою волю, подписав завещание.

В этом случае, врач, применивший эвтаназию (речь, несомненно, идет о добровольной эвтаназии в ее активной или пассивной форме), освобождался от судебной ответственности. С тех пор более 30 американских штатов ввели у себя такой закон, обеспечивающий право на «достойную смерть».

Вместе с тем, в 80-х годах 20 века в США участились случаи «умерщвления из милосердия» страдавших от физических и нравственных мучений больных и престарелых, совершаемые близкими родственниками (принудительная эвтаназия в активной и пассивной форме). Причины таких действий заключались в финансовых затруднениях, связанных с длительными заболеваниями, боязнью нищеты, беспомощности, переживаниями близких. Убийство из милосердия объективно мотивируется желанием избавить близкого человека от невыносимых страданий.

Правда, этот период отличался значительным смягчением судебных приговоров по указанным делам и сведением наказания в основном к денежным штрафам<sup>48</sup>.

В США имеются и противники эвтаназии, которые ссылаются на невозможность получить действительное волеизъявление умирающего из-за слабости, бессознательного состояния или физических страданий, нередко сопровождающих агонию. Умирающий не способен адекватно оценивать свое положение.

Имеющие юридическую силу, в большинстве американских штатов, заранее составленные завещания, касающиеся терминальной стадии болезни, также не решают вопроса, поскольку в начале болезни пациент не способен предусмотреть свое дальнейшее состояние. Эвтаназия отвергается ими и ввиду возникающих диагностических или прогностических ошибок, а также возможности появления новых медикаментов и разработки новых технологий.

Наиболее серьезным аргументом против эвтаназии считается риск злоупотреблений среди медицинского персонала и пренебрежение своим долгом. Демократический контроль, по их мнению, должен обеспечить применение эвтаназии только в крайних случаях, после того, как «все оптимальные меры уже будут приняты»<sup>49</sup>.

---

<sup>48</sup> Humphry D., Wickett A. The right to die: Understanding euthanasia. L.: Bodley Head, 1986, p. 142-144.

<sup>49</sup> Kenis Y. L'euthanasie, le droit, la deontologie et la morale // Bioethique et libre - examen. Bruxelles, 1988, p. 41.

Но даже эти противники соглашаются с тем, что добровольная эвтаназия должна заменить все существующие и подпольно практикуемые виды эвтаназии.

Развитие медицинской технологии и лекарственного обеспечения, применительно к проблеме эвтаназии, может быть оценено не только как аргумент против эвтаназии, но и в ее пользу. Лечение с применением новейшей медицинской технологии и лекарственного обеспечения оправдано и нравственно в случае возвращения пациенту здоровья. Вместе с тем, искусственное поддержание жизни неизлечимых больных лишь продлевает их физические и нравственные страдания.

Закон, принятый в штате Орегон в 1994 г., можно рассматривать как реакцию на одну врачебную историю. В 1991 г. Тимоти Квилл опубликовал в медицинском журнале статью, в которой, в частности, рассказал о том, что по просьбе своей многолетней пациентки, страдающей неизлечимой формой рака, он выписал ей барбитураты в количестве, составляющем смертельную дозу, с тем чтобы она могла покончить с собой, когда примет такое решение. По истечении нескольких месяцев, решив, что время пришло, она приняла смертельную дозу и умерла. Основываясь на этой статье, прокуратура штата обвинила Квилла в пособничестве самоубийству, однако присяжные отвергли обвинение, и доктора оправдали. Более того, дисциплинарная комиссия медицинского сообщества штата не усмотрела в его действиях нарушений профессионального поведения и высказалась против отзыва лицензии на занятие медицинской дея-

тельностью. При этом комиссии особо подчеркнула моральное отличие поведения Квилла от поведения Кеворкяна (американского «доктора смерть»), указав, что те длительные и близкие профессиональные отношения, которые связывали доктора Квилла с покойной, позволяли ему с глубоким пониманием относиться к ее ситуации.

Благодаря этому юридическому прецеденту в ноябре 1994 был принят Закон штата Орегон «О достойной смерти» (ORS 127.800-897), который вступил в силу в 1997 году.

Закон состоит из 6 частей. Первая часть – «Основные положения», - в ней раскрываются основные понятия, используемые в Законе, такие как врач-ассистент, врач-консультант, пациент, информированное решение и другие.

Во второй части Закона регулируются вопросы письменного обращения за медицинским содействием в прекращении жизни гуманным и достойным способом, определяется субъект обращения за содействием, содержание такого обращения.

Третья часть Закона – «Меры предосторожности» - фактически раскрывает содержание процедуры самоубийства при врачебном содействии, порядок и условия для ее применения.

В этой части Закона определены основные права и обязанности всех субъектов, участвующих в процедуре (в том числе врача-ассистента и врача-консультанта). Также Законом предусматриваются такие обязательные меры, как предложение отложить процедуру, информированное решение, уведомление родственников, письменное и устное обращение, право отозвать обращение, период ожида-



ния, содержание медицинских записей пациента, требование к резидентству, сообщение о требованиях. Кроме того, эта же часть регулирует гражданско-правовые последствия процедуры: последствия для толкования завещаний, контрактов, других соглашений, возможность выплат по страховому полису.

Четвертая часть касается неприкосновенности и ответственности врачей, принимающих участие в процедуре.

Пятая часть – «Частичное применение Закона». В шестой части Закона приводится «Форма обращения».

По закону «О достойной смерти» человек, желающий совершить самоубийство при врачебном содействии, должен соответствовать ряду критериев:

- он должен быть неизлечимо болен;
- оставшийся период жизни должен составлять менее 6 месяцев;
- пациент дважды устно должен изъявить желание (просьбу) о совершении самоубийства при врачебном содействии;
- он должен предоставить письменное заявление о своем решении на самоубийство при врачебном содействии по форме, предусмотренной частью 6 Закона;
- два врача должны подтвердить, что решение принято сознательно, не во время приступа, решение добровольно;
- пациент не находится в состоянии депрессии;
- он должен быть информирован о возможном последующем лечении, медицинском уходе и возможности контролировать боль;

- самоубийство при врачебном содействии может быть осуществлено не ранее, чем через 15 дней после соблюдения указанных условий.

В соответствии с подпунктом 3 пункта 3.11 Закона статистическая информация, содержащая сведения о применении самоубийства при врачебном содействии, должна обобщаться и публиковаться ежегодно.

Так, 22 февраля 2001 года был представлен отчет под названием «Закон штата Орегон о достойной смерти: три года с момента легализации самоубийства при врачебном содействии».

Интересны некоторые данные по итогам применения закона в течение 3 лет, представленные в указанном отчете.

В 2000 году с запросом о прерывании жизни при врачебном содействии обратились 39 человек, по сравнению с 24 в 1998 году и 33 в 1999 году. 26 из обратившихся в 2000 году умерли от смертельной инъекции, произведенной в соответствии с Законом, 8 от неизлечимой болезни, в связи с которой обращались с запросом, 5 на 31 декабря 2000 года были живы. Кроме того, в 2000 году от смертельной инъекции умер один из пациентов, обратившихся с запросом в 1999 году. Таким образом, всего 27 пациентам в 2000 году была сделана смертельная инъекция (в 1998 году - 16, в 1999 - 27).

Исходя из этого, одним из важных юридико-правовых вопросов в США, по мнению Д. Уилкера и Д. Брока, является вопрос о праве

пациента прекратить лечение, поддерживающее жизнь<sup>50</sup>. Очень часто такое лечение требует использование самых современных методов. Но довольно часто такие методы используются вопреки желанию пациента.

В 1973 г. в одном из голландских судов рассматривалось дело по статье 293 УК (состав преступления, отличающийся от умышленного убийства, но влекущий наказание до 12 лет тюремного заключения), где впервые в качестве обвиняемого выступал врач, который помог уйти из жизни своей семидесятивосьмилетней больной и тяжело страдающей матери. Врач был признан виновным и приговорен к условному наказанию, однако суд признал, что в принципе добровольную эвтаназию можно рассматривать как допустимую при наличии четырех условий, а именно: неизлечимость пациента, его невыносимые страдания, наличие его письменной просьбы об эвтаназии и совершение акта эвтаназии врачом.

В том же году Королевское голландское медицинское общество выступило с заявлением, в котором признавало такую эвтаназию допустимой и с позиций медицинской этики. В серии судебных решений 70-80-х годов критерии допустимости развивались и уточнялись, однако, поскольку они не были для судов обязательными, а в законе иммунитет от ответственности за совершение акта эвтаназии

---

<sup>50</sup> Уиклер Д., Брок Д. На грани жизни и смерти (краткий очерк современной биоэтики в США). М., 1999. С. 27.

по-прежнему отсутствовал, опасность привлечения к уголовной ответственности оставалась для врача достаточно реальной.

Такая постановка проблемы не смутила пионера в области легализации добровольной смерти - Нидерланды. В 1984 г. Верховный суд принял к пересмотру решение апелляционного суда Амстердама по одному из таких дел. Врач, совершивший акт добровольной эвтаназии, защищался от обвинения по статье 293, ссылаясь на то, что он оказался в ситуации конфликта обязанностей: обязанности подчиниться праву и обязанности выполнять профессиональный долг по отношению к пациенту, боль и страдания которого невозможно было прекратить средствами обычной медицинской практики. Следовательно, он нарушил право в условиях крайней необходимости, что освобождает его от ответственности. Тем не менее, он был осужден. Отправляя дело на новое рассмотрение, Верховный суд дал указание суду исследовать вопрос о том, соответствуют ли действия врача критериям крайней необходимости с медицинской точки зрения. Королевское медицинское общество, отвечая на запрос суда, подтвердило, что существуют медицинские ситуации, в которых эвтаназия, о которой просит пациент, является единственным и оправданным способом прекратить его страдания. Таким образом, было признано, что врач не подлежит уголовной ответственности, если докажет, что действовал в рамках подобной медицинской ситуации<sup>51</sup>.

За этой «неформальной легализацией» последовала разработка правил и процедур, регламентирующих действия врача, которая за-

---

<sup>51</sup> Шенкер Д. Там же, стр. 78 – 83.

няла несколько лет. В феврале 1993 г. парламент кодифицировал такие правила и придал им силу закона, защищающего докторов от уголовного преследования за эвтаназию при наличии следующих обстоятельств:

- пациент испытывал нестерпимые боли (в том числе эмоциональные страдания);
- пациент неоднократно и отчетливо выражал свое желание уйти из жизни;
- два доктора выразили согласие осуществить процедуру;
- родственники проинформированы, решение с ними согласовано;
- наступление скорой смерти неизбежно.

Этот закон также обязал врача направлять подробный отчет о произведенном им акте эвтаназии в один из пяти специально созданных региональных комитетов. Комитет должен был оценить действия врача на предмет их соответствия стандартам профессионального поведения и сообщить свое мнение прокуратуре, которая затем решала, имеются ли основания для возбуждения уголовного преследования. Соответствующие статьи уголовного кодекса продолжали действовать в прежней редакции.

К 1998 году, согласно исследованиям Университета Эразма Роттердамского, добровольную эвтаназию поддерживало 92 процента населения Голландии. И, несмотря на часто выдвигаемые аргументы религиозного характера, в пользу возможности прекращения жизни пациента по собственному желанию было настроено значи-

тельное большинство верующих, в том числе 96 процентов католиков.

Видимо, поэтому, 12 июля 1999 года Правительство представило законопроект о легализации врачебного содействия при самоубийстве, несмотря на сопротивление оппозиции. 23 ноября 2000 года закон о легализации некоторых форм активной эвтаназии с легкостью прошел в нижней палате парламента, а 10 апреля 2001 года проект закона был одобрен верхней палатой.

Теперь, по решению суда в каждом конкретном случае, врач, умертвивший или способствовавший самоубийству своего пациента при определенных обстоятельствах, не признается виновным. Установлены три основные условия:

1. эвтаназия должна быть добровольной;
2. только врач может оказывать помощь или осуществлять эвтаназию;
3. состояние пациента должно быть с медицинской точки зрения неудовлетворительно.

Таким образом, Закон Голландии стал первым специальным законом об эвтаназии и самоубийстве при врачебном содействии, распространяющим свое действие на территорию всего государства.

Одновременно с принятием Закона, в соответствии с его частью 4, были внесены изменения в ряд законодательных актов Голландии (Уголовный кодекс, Закон о похоронах и кремации, административное законодательство).

В первых 3 частях определены термины, используемые в Законе (часть 1), требования к надлежащей осмотрительности (часть 2), подробно регламентирована деятельность и полномочия специальных комиссий, создаваемых для реализации Закона (часть 3).

В настоящий момент оказание врачебного содействия при самоубийстве разрешено при наличии следующих условий:

- пациент должен испытывать нестерпимые страдания;
- пациент должен выразить просьбу добровольно и обдуманно;
- отношения доктора и пациента должны быть продолжительными;
- не должно быть альтернативного пути облегчения страданий пациента;
- доктор должен проконсультироваться еще хотя бы у одного независимого врача-специалиста;
- должна быть оказана надлежащая медицинская помощь.

Принятие в Нидерландах закона, легализующего эвтаназию, было подано некоторыми средствами массовой информации как «революционный шаг» или даже «знаковое событие миллениума».

Новый закон не декриминализирует активную и суицидальную эвтаназию. Он лишь вносит в эти статьи дополнения, устанавливающие иммунитет от уголовной ответственности для врача, «действовавшего в соответствии с требованиями надлежащего попечения (due care)», предусмотренными в законе, и выполнившего установленные законом правила предоставления отчета о своих действиях. Требования надлежащего попечения, сформулированные в новом за-

коне, лишь незначительно отличаются от действовавших ранее. Врач должен быть уверен в том, что просьба пациента является добровольной и обдуманной, и в том, что его страдания постоянны и нестерпимы. Он обязан информировать пациента о его медицинской ситуации и о его перспективах, и если пациент придет к убеждению, что из этой ситуации для него нет другого выхода, кроме эвтаназии, врач должен быть уверен в обоснованности этого убеждения. Врачу необходимо проконсультироваться хотя бы с одним независимым врачом, который обязан осмотреть пациента и дать письменное заключение, подтверждающее, что ситуация соответствует перечисленным выше требованиям. Если пациент утратил сознание, но до этого сделал письменное заявление, содержащее просьбу об эвтаназии, врач вправе выполнить эту просьбу, но только при условии, что это не нарушает требований надлежащего попечения, предусмотренных законом. Право обратиться с просьбой об эвтаназии признается и за несовершеннолетними пациентами старше 12 лет (по действующему законодательству эта возрастная категория может принимать самостоятельные решения по поводу лечения). При этом в отношении детей в возрасте между 12 и 16 годами, обратившихся с просьбой об эвтаназии, обязательным условием является согласие родителей или опекуна. Несовершеннолетний в возрасте 16-18 лет принимает решение самостоятельно, но родители или опекун должны быть вовлечены в процесс принятия решения.



Между тем, разрешение эвтаназии не означает, что голландские врачи получают «лицензию на убийство», поскольку ее осуществление оговаривается жесткими правилами.

Объяснению и философскому обоснованию голландского подхода к легализации эвтаназии посвящена статья двух амстердамских биоэтиков, написанная специально для американского издания<sup>52</sup>. Хотя ученые воздерживаются от открытой полемики, статью в определенном смысле можно рассматривать как ответ американским критикам голландской модели.

По мнению авторов статьи, исходная позиция права состоит в том, что жизнь - абсолютное благо, и вне зависимости от обстоятельств смерть не может рассматриваться как нечто лучшее, чем продолжение жизни. Выражение «хуже, чем смерть» с правовой точки зрения просто не имеет смысла. Поэтому «в рамках права невозможно определить умирание как процесс постепенного сползания от жизни к смерти». Медицинская мораль свое отношение к эвтаназии определяет двумя аспектами: выражение свободной воли лица в отношении своей жизни и смерти и наличие медицинских аргументов в поддержку вмешательства в процесс умирания. Хотя эти критерии имеют разную моральную природу, только их сочетание делает эвтаназию приемлемой с точки зрения медицинской морали.

---

<sup>52</sup> Ван Лиувен Е., Кимсма Г. Сложные проблемы нравственного оправдания медицинских помощников смерти // Медицинская этика и начало 21-го века. Материалы Нью-Йоркской Академии наук. Стр. 158 - 172.

Нидерланды – единственная страна в мире, где открыто выполняются как самоубийство с помощью врача, так и добровольная активная эвтаназия. Самоубийство с помощью врача составляет от 0,2 до 0,4% всех смертей, а добровольная активная эвтаназия – от 1,8 до 2,4%. В 0,7 – 0,8% смертей активная эвтаназия была выполнена больным, не способным уже дать согласие на смерть. В Нидерландах больной, пожелавший умереть, получает седативные средства до состояния беспамятства, а затем ему вводится мышечно-парализующее средство, чаще всего кураре, практикуется также введение морфина и другие средства.

Весьма сложным для определения является понятие «невыносимое страдание». А это обязательное условие совершения эвтаназии. Противников эвтаназии беспокоит вопрос, не является ли «невыносимое страдание» чисто психическим феноменом? Предположим, человек, страдающий тяжелой формой депрессии, вновь и вновь просит лечащего врача положить конец его мучениям.

Итак, голландская модель исходит из того, что воля пациента добровольно уйти из жизни является основанием для действий врача, но не имеет обязывающей силы. В любом случае он должен действовать в соответствии со своими профессиональными обязанностями, и несоблюдение их не освобождает его от ответственности, если даже в этом случае он следует воле пациента.

За 2001-й год в Нидерландах было официально зафиксировано 2123 случая эвтаназии. За 2000 год с просьбой помочь в уходе к врачам обратились 1893 больных раком. Остальные умерщвленные

страдали нервными, легочными, сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также СПИДом.

Вместе с тем, европейское сообщество защитников прав человека, убеждено, что врачом и пациентом должны быть обсуждены абсолютно все возможные способы и методы лечения. До тех пор, пока остается хоть один шанс, нельзя говорить о неизлечимости с медицинской точки зрения.

Что касается понятия «невыносимость страданий»<sup>53</sup>, то в противоположность понятию «неизлечимость страданий»<sup>54</sup> - понятие в значительной мере субъективное, однако врач должен быть в состоянии давать оценку здоровья и состояния больного с определенной степенью объективности.

Закон об эвтаназии не противоречит международному праву и не противоречит фундаментальным правам человека, так как человек должен иметь и право принять собственное решение о том, стоит ли жить или пора умирать. Поэтому и самоубийство в Голландии также не наказуемо.

---

<sup>53</sup> Невыносимость страданий пациента трудно установить объективно. В каждом конкретном случае контрольная комиссия определяет, мог ли врач прийти к справедливому заключению о невыносимости страданий пациента.

<sup>54</sup> Неизлечимость страданий определяется в соответствии с действующими медицинскими нормами. Экспертной медицинской оценкой должно быть установлено, что улучшение в положении пациента невозможно.

Подводя итог, необходимо отметить, что проблема эвтаназии актуальна во всем мире. Нередко жизнь неизлечимо больных пациентов прерывается намеренно вне зависимости от того, регулируется ли такая процедура нормами права.

Кроме того, практика штата Орегон показывает, что законодательное разрешение эвтаназии не приводит к увеличению фактов добровольного ухода из жизни при помощи врача. Думается, что результаты применения закона Нидерландов подтверждают такой вывод.

Таким образом, можно констатировать, что такой феномен социального бытия как эвтаназия уже объективно существует, поэтому, по мнению автора, важен вопрос не о том, разрешать или не разрешать эвтаназию, а о том, при каких обстоятельствах она возможна и как контролировать ее применение.

Подводя итог, можно утверждать, что в настоящее время пассивная эвтаназия законодательно разрешена более чем в 40 государствах мира.

Анализ законодательства об ответственности за эвтаназию показывает, что наиболее суровая уголовная ответственность за это деяние предусмотрена в странах с сильно развитыми религиозными традициями.

Различный подход законодателей этих стран к вопросу криминализации эвтаназии и определения размера наказания за нее прежде всего обусловлен негативным восприятием общественностью такого

способа ухода из жизни, который не согласуется с ее нравственными и религиозными воззрениями, а также национальными традициями.

В уголовном законодательстве современных европейских государств существуют нормы, определяющие обстоятельства, при которых деяние, формально содержащее признаки преступления, описанного в законе, не является преступным и наказуемым. Одним из таких обстоятельств УК Италии называет согласие лица, право которого нарушено, имеющего это право на законном основании (ст. 50). Законодатель Италии определил, что освобождение от уголовной ответственности лица, действовавшего с согласия потерпевшего, возможно только при наличии определенных условий:

- потерпевший может дать согласие на причинение вреда его личному или имущественному праву, которым он действительно владеет. При этом согласие на причинение вреда может быть дано только в пределах допустимого законом распоряжения своим правом;
- потерпевший должен сознавать характер совершаемых действий и желать их совершения, т.е. быть вменяемым и дееспособным;
- согласие лица на причинение вреда должно быть выражено до совершения деяния.

В уголовных кодексах отдельных стран активная и пассивная форма эвтаназии различаются только как два варианта объективной стороны состава преступления и никак не влияют на квалификацию деяния и на размер наказания.

Наряду с отмеченными особенностями следует выделить и специфику описания субъективной стороны деяния. Так, в УК многих зарубежных стран основные различия в юридической конструкции состава эвтаназии заключаются в том, вводит ли законодатель в состав рассматриваемого преступления определенные признаки в качестве обязательных. Прежде всего, речь идет об указании на мотивы и цели данного деяния.

В этом отношении наименьшей конкретизацией и, соответственно, наибольшим сходством отличаются нормы об ответственности за подстрекательство и помощь в самоубийстве. Характерно, что в некоторых УК законодатели не указывают на мотив и цель данного деяния, что позволяет трактовать его более широко, чем собственно эвтаназию. К примеру, в УК Перу эвтаназией именуется только активные действия, направленные на причинение смерти больному по его просьбе (ст. 112), тогда как подстрекательство и помощь в самоубийстве (даже в случае оказания содействия в самоубийстве неизлечимо больному) образуют другой состав преступления.

Отсутствие дополнительных указаний на свойственные эвтаназии мотивы и цели привело к тому, что за пассивную форму эвтаназии законодатель устанавливает зачастую более строгую санкцию, чем за ее активную форму.

Большим разнообразием отличаются конструкции диспозиций норм УК зарубежных стран об ответственности за убийство по просьбе потерпевшего. В частности, важнейшим их элементом является четкое указание на мотив или цель данного деяния либо на мо-

тив и цель одновременно. Так, норма УК Перу об ответственности за эвтаназию включает одновременно указание на мотив и цель, УК Швейцарии, а также Польши - только на мотив.

Не менее важным является и законодательная трактовка мотива и целей эвтаназии, содержащаяся в УК ряда зарубежных государств. Так, в УК Перу в качестве мотива эвтаназии указывается жалость, а цель данного деяния определена как

Лишь в отдельных УК (например, Перу, Бразилии) содержится дополнительная норма о том, что подстрекательство и помощь в самоубийстве, совершенные по эгоистическим мотивам, наказываются более строго.

В УК Швейцарии в качестве мотива признается сострадание, а в УК Польши - сочувствие.

Наряду с мотивом и целью в качестве обязательного элемента юридической конструкции рассматриваемого преступления в УК ряда зарубежных стран нередко выступает объективная характеристика состояния потерпевшего.

Вместе с тем УК ряда зарубежных стран (например, ФРГ, Португалии, Кореи) предусматривают специальную норму об убийстве по просьбе потерпевшего без указания на его мотивы или цели. Так, УК ФРГ (§ 216) устанавливает: «Кто убивает другое лицо в результате категорической и настойчивой просьбы потерпевшего лишить его жизни, тот наказывается лишением свободы на срок от шести месяцев до пяти лет».

УК Австрии в параграфе 77 предусматривает: «Кто убивает другого человека по его серьезному и настойчивому требованию, наказывается лишением свободы на срок от шести месяцев до пяти лет». За склонение к самоубийству установлено аналогичное наказание (параграф 78).

Аналогичным образом поступает и законодатель Японии, устанавливая в ст. 202 УК, что «тот, кто убил человека по его настоянию или с его согласия, наказывается лишением свободы с принудительным физическим трудом или тюремным заключением на срок от шести месяцев до семи лет».

Полагаем, что столь тщательные формулировки УК зарубежных стран призваны исключить вероятность, как фальсификации волеизъявления потерпевшего, так и использования виновным необдуманного, скоропалительного заявления, сделанного потерпевшим в состоянии фрустрации.

Проведенное сравнительно-правовое исследование показывает, что уголовное законодательство подавляющего большинства зарубежных государств в нормах об ответственности за эвтаназию не учитывает такую ее форму, которая хотя и совершается по мотиву сострадания, однако без наличия на то просьбы или согласия потерпевшего. Исключение составляет лишь УК Колумбии, где ст. 326 «Убийство из сострадания» не упоминает о необходимости наличия просьбы потерпевшего<sup>55</sup>.

---

<sup>55</sup> Уголовное право зарубежных стран. Общая часть. М., 2008.



Наконец, необходимо указать и на существенные различия санкций норм, предусматривающих ответственность за данное деяние, которые, как правило, отражают господствующие в данном государстве представления о характере и степени общественной опасности эвтаназии.

Как было отмечено, в некоторых странах ответственность за пассивную форму эвтаназии куда строже, нежели за ее активную форму.

И, тем не менее, анализ законодательного опыта зарубежных стран об установлении ответственности за эвтаназию показывает, что большинство государств мира квалифицируют убийство по мотиву сострадания как преступление против жизни. Однако в отличие от УК РФ законодатели ряда стран мира включили в свои уголовные кодексы привилегированные нормы об ответственности за анализируемое деяние.

В мире накоплен достаточно богатый опыт правового регулирования ответственности за эвтаназию. Несомненное значение в этой связи имеют всестороннее изучение, глубокая научная проработка и объективная оценка опыта функционирования зарубежных уголовно-правовых систем. Однако, Главный аргумент и у сторонников, и у противников эвтаназии - принцип гуманизма. «Убивать людей, даже по их желанию, негуманно, - заявляют противники эвтаназии. «Негуманно продлевать мучительные страдания умираю-

щих», - возражают ее сторонники. Возникает известная дилемма выбора наименьшего зла»<sup>56</sup>.

---

<sup>56</sup> Матузов Н.И. Право на жизнь в свете российских и международных стандартов // Правоведение. 1998. №1.

### 2.3. Эвтаназия и проблема человеческого достоинства.

Европейские ученые предлагают различные критерии и уровни нравственной оценки эвтаназии. Большинство поддерживает пассивную эвтаназию и категорически против применения активной. Однако есть и другие голоса и мнения. Например, американский философ Дж. Рейгелс, выступил с критикой идеи Американской медицинской ассоциации от 4 декабря 1973 года, где сказано: «...намеренное прекращение жизни одного человеческого существа другим - милосердное убийство - противоречит и самому предназначению медицинской профессии и политике Американской медицинской ассоциации». Он убежден, что если больной в сознании, понимает, что его дни сочтены, не может терпеть боли, то в данной ситуации активная эвтаназия скорее благо. Однако такая постановка проблемы противоречит принципам гуманизма и клятве Гиппократова. Тем более, что науке известны случаи исцеления безнадежных больных.

Разрешение эвтаназии может стать «тормозом» для поиска и модернизации средств диагностики и лечения.

Однако, как известно, к естественным правам относят право на жизнь, право на здоровье, право на собственность и другие. Непризнание за человеком права на смерть, по мнению ряда исследователей, превращает право на жизнь в обязанность жить.

Одним из проявлений права человека на жизнь заключается в том, что человек, совершивший попытку самоубийства принудительно лечится, и ему прививается, зачастую насильно, любовь к

жизни. Следовательно, человеку отказано в выборе между жизнью и смертью, что уже само по себе антиномично.

Допустимость эвтаназии (лишение жизни безнадежно больного человека в медицинском учреждении по его настойчивой и неоднократной просьбе) – это решение вопроса о праве на смерть, который, несмотря на опыт ряда стран, и в настоящее время является дискуссионным.

Право - важнейший, но, безусловно, не единственный регулятор поведения индивида в обществе. Один из таких регуляторов поведения - нормы профэтики.

Однако правовые и профессионально-этические нормы взаимодействуют неоднозначно. Правовая норма часто совпадает по содержанию с профессионально-этической, в других случаях право корректирует профессиональную этику, устанавливая более высокие стандарты профессионального поведения. Иногда, напротив, нормы профессиональной этики предусматривают более строгие требования, нежели правовые нормы.

Американский исследователь Д. Брок, обосновывая вмешательство со стороны морали и права в отношении врача и пациента, подчеркивает, что в самих этих отношениях заложено изначальное, естественное неравенство. Врач имеет власть над пациентом в той сфере, которая выступает для последнего как особая ценность. Пациент беззащитен перед врачом, зачастую не может адекватно оценить свое состояние, испытывает растерянность и беспокойство, а помощь, которую он рассчитывает получить, при всей ее потенци-

альной пользе, не свободна от рисков и неопределенности. Мораль и право призваны, в определенной мере, выровнять это естественное неравенство посредством создания «асимметрии в моральных (и, добавим от себя, правовых) позициях сторон». Врач принципиально связан определенными обязанностями, тогда как пациент принципиально защищен определенными правами.

Одна из целей права состоит в защите людей от разнообразных видов вреда, воздействию которых они подвергались бы при отсутствии такой защиты. Но помимо этого право имеет и другую цель: защиту индивидуального выбора и автономии – ценностей, которые занимают важное место в нашей моральной и правовой традиции<sup>57</sup>.

Однако здесь возникает вопрос, может ли человек, обладая правом на жизнь, распоряжаться ею?

Когда речь идет о безнадежно больных людях, переживающих невыносимые муки, перед врачом встает нравственный и профессиональный выбор: продолжать жизнь больного и тем самым обрекать его на физические страдания или прекратить такую жизнь?

Защитники идеи «хорошей смерти» считают, что жизнь не должна превращаться в застенок и мучить неизлечимо больных людей изнуряющими процедурами, капельницами и т.д. только ради того, чтобы констатировать их естественную смерть, куда более неэтично, чем помочь им безболезненно уйти из жизни.

---

<sup>57</sup> Брок Д. Законные права и моральная ответственность в оздоровительном процессе. Дордрехт, 1981. Стр. 279 - 280.

22 марта 2002 года Верховный суд Великобритании разрешил парализованной гражданке страны умереть. Это первый случай в английской судебной практике. Согласно решению суда, врачи теперь не должны были оказывать больной помощь. Как заявил адвокат истицы, последнее слово за ней, и она вместе с врачами должна решить, как распорядиться своей судьбой.

Адвокаты утверждали, что их клиентка имеет право на смерть в соответствии с декларацией прав человека. Они ссылались на статьи об уважении частной жизни и запрете жестокого и унижительного обращения. В то же время, в соответствии с действующими законами, помощь в самоубийстве наказывается 14-летним заключением.

Врачи, в свою очередь, заявляли в суде, что профессиональная этика не позволяет им отключить аппарат. Они хотели отправить пациентку в реабилитационный центр, надеясь, что там сумеют улучшить условия ее существования.

Верховный суд постановил, что врачи действовали незаконно, сохраняя больной жизнь, и обязал больницу выплатить ей штраф за незаконное вторжение в ее частную собственность, коей являлась жизнь пациентки. 29 апреля больная была отключена от аппарата искусственной вентиляции легких. По показанию врачей она спокойно умерла во сне.

Эвтаназия входит в практику современной медицины под влиянием двух факторов. Во-первых, прогресса медицины. Во-вторых, смены моральных и нравственных ценностей современной культуры. Это свидетельствует о том, что происходит смена ценностных уста-

новок сознания, сталкивая нас с пограничной ситуацией между жизнью и смертью.

Первый принцип, который вызывает множество споров и криво толков, есть либеральный принцип автономии больного, чей выбор врач, безусловно, должен учитывать, так как врач должен быть сострадательным в контексте признания за человеком права самому определять время и способ умирания.

Следующий принцип исходит из желания больного человека не обременять собою близких ему людей может и может быть назван «альтруистическим».

Можно встретить также и демографический аргумент. Эвтаназия здесь связывается с глобальным старением населения, с ростом числа инвалидов, содержание, уход и лечение которых влечет ряд экономических и социальных проблем.

Ученые говорят еще об одном принципе - принципе «биологического вырождения» населения планеты.

Однако, использование таких понятий, как «милосердие» и «справедливость» для оправдания эвтаназии - это путь к возможному социальному хаосу, так как благими пожеланиями вымощена дорога в социальный Ад.

Принцип «прав человека» не содержит никаких условий, которые препятствовали бы совершению самоубийства. Современное мировоззрение определяет себя как прогрессивное. Однако, в случае с эвтаназией это прогрессистская направленность возвращает нас к до-цивилизированным формам и принципам «достоинства». Выход са-

моубийства с индивидуального уровня на уровень социальной практики в рамках существующих социального института права и здравоохранения может принять форму, известную всем культурам как зараженность самоубийством.

Постепенный отказ от общего дела человечества по борьбе со слепыми силами распада<sup>58</sup> приводит к «окончательной стадии отступления», коей является «принципиально провозглашаемое индивидуальное или коллективное самоубийство как отказ от жизни»<sup>59</sup>.

Именно этот момент и вызывает самые оживленные дискуссии. Сторонники эвтаназии заявляют, что, если жизнь не будет истинно человеческой, то лучше умереть по-человечески. Таким способом оправдывается активная эвтаназия. Здесь в общих чертах не по-человечески подразумевает «чисто растительное существование», однако это понятие очень широко и обычно не описывает возможности выхода из растительного состояния.

Существует право умереть достойно, по-человечески, без лишних страданий. Смерть здесь - это часть человеческого бытия. В начале XVII века Френсис Бэкон писал: «...долг медика не только в том, чтобы восстанавливать здоровье, но и в том, чтобы смягчать страдания, вызванные болезнью..., а если недуг признан неизлечимым, лекарь должен обеспечить пациенту легкую и мирную кончи-

---

<sup>58</sup> Федоров Н.Ф. Философия общего дела. - М., 1982.

<sup>59</sup> Горский А.К. Сетницкий Н.А. Смертобожество. - М., 1992. С. 272-273.



ну, ибо нет на свете блага большего, нежели подобная эвтаназия...»<sup>60</sup>.

Когда же медицина не в состоянии помочь умирающему пациенту врачи быстро теряют интерес к тому, чтобы вести дискуссии с пациентами или их семьями о смерти и боли, - констатирует Дж.Аннас. Неудивительно, заключает он, что самоубийство с помощью врача стало рассматриваться как разумный выбор<sup>61</sup>.

Представление о том, что смерть пациента наступает в результате единственной внешней причины, является неоправданным упрощением. В контексте современной медицины природа, естество человека составляет лишь малую часть тех контролируемых и неконтролируемых факторов, от которых зависит результат медицинского вмешательства. Если число контролируемых факторов достаточно велико, смерть от естественной причины удастся отсрочить. Если доминируют неконтролируемые факторы, как в случае СПИДа или рака, смерть неизбежна. Но и в том, и в другом случае решающую роль играют возможности медицины, а не естественные причины. Поэтому в медицинской ситуации бессмысленно говорить о «естественной» смерти. Вопрос должен быть поставлен иначе: все ли было или могло быть сделано для сохранения жизни пациента.

---

<sup>60</sup> Чхартишвили Г. Писатель и самоубийство. М., 2000. С.41.

<sup>61</sup> Annas G. Some Choice: Law, Medicine, and the Market. Oxford – New York, 1998. Pp.209, 243.

Еще одна проблема заключается в запрещении помощи самоубийству, т.е. индивиду отказывают в праве распорядиться своей жизнью и смертью. Это означает, что за правом признается последнее слово в вопросах жизни и смерти. Но в таком случае возникает вопрос о соответствии интересов индивида и общества: почему общество, признавшее за пациентом право отвергнуть искусственное продление жизни, отказывает ему в праве ускорить неизбежный конец с помощью врача? Трудно не признать правоту тех, кто указывает на логическую непоследовательность и на моральную несостоятельность с точки зрения принципа автономии воли.

Если говорить о практических возражениях, выдвигаемых против легализации эвтаназии, то они в равной мере относятся ко всем формам ее проявления. Указывается на возможность злоупотреблений со стороны врачей - но паллиативная помощь связана с той же опасностью, поскольку применяемые препараты имеют двойное действие, и в некоторых случаях трудно понять, наступила ли смерть в результате добросовестных усилий врача или результате намеренного превышения дозы. Доводы о том, что просьба об эвтаназии не всегда отражает подлинную волю пациента и, что она может быть продиктована давлением со стороны родственников - не всегда справедливы. Ведь когда человек подписывает заявление об отказе от искусственного поддержания жизни, он может действовать под влиянием тех же обстоятельств. Кроме того, проблема создания системы контроля и предотвращения злоупотреблений трудна, но решаема. Однако, признавая за государством преимущественный ин-

терес в сохранении жизни всех своих граждан, суды не распространяют такое признание на эвтаназию, как на право отказа от искусственного поддержания жизни? Жизнь ставится превыше всего и потому лишение человека жизни предосудительно, равно как добровольный выбор неестественной смерти.

С.Кэйдиш объясняет эту позицию нежеланием и неготовностью культуры отступить от традиции, почитающей человеческую жизнь как высшее и неотъемлемое благо: В случае эвтаназии врач, по его мнению, не лишает пациента жизни, он просто восстанавливает естественную ситуацию умирания, поэтому смерть наступает в результате естественных причин, а не по воле самого лица или врача, выполняющего эту волю, что снимает моральную ответственность с обоих. Однако, активная эвтаназия не укладывается в схему естественной смерти, и, хотя моральная ситуация автономии распространяется на оба случая, во имя «высших» соображений культура воздвигла преграду в виде права, не позволяющую эвтаназии стать полноценным элементом современной культуры<sup>62</sup>.

Среди аргументов в поддержку эвтаназии, наиболее принципиальным и глубоким представляется аргумент Р.Дворкина, одного из ведущих американских философов права. Аргумент и философский, и моральный, и правовой в стране, где конституция признает за индивидом права, которые не могут ущемляться от имени большинства, - а к ним относится и право принимать собственные моральные

---

<sup>62</sup> Кэйдиш С. Разрешение пациентам умереть: правовые и моральные размышления // Право умереть. Нью-Йорк – Лондон. Стр. 415.

решения, касающиеся самого индивида, хотя бы некоторых сферах жизни - эти вопросы являются вопросами права. Несмотря на то, что большинство граждан считают, что человеческая жизнь неприкосновенна не все разделяют убеждение в том, что человек не вправе уходить из жизни добровольно, даже если его решение вызвано тем, что он не хочет мириться с непереносимой болью и утратой человеческого достоинства, вызванной переживанием по поводу близкой и неотвратимой кончины. «Может ли «моральное большинство» ограничивать свободу отдельных граждан, не имея для этого более серьезных оснований, нежели неодобрение их личного выбора?»<sup>63</sup>.

Вопрос, который встает перед обществом в связи с легализацией эвтаназии, состоит, прежде всего, в каком контексте следует понимать ценность индивидуального бытия и относится ли автономия воли человека, куда, безусловно, входит и право распоряжаться этим бытием, к высшим человеческим ценностям?

Современное мировоззрение определяет себя как прогрессивное. Однако в случае с эвтаназией это прогрессистская направленность возвращает нас к до-цивилизированным формам и принципам «достоинства». Выход самоубийства с индивидуального уровня на уровень социальной практики в рамках существующих социального института права и здравоохранения может принять форму, известную всем культурам как зараженность самоубийством.

---

<sup>63</sup> Дворкин Р. Наивысшая добродетель // Право умереть. Нью-Йорк – Лондон. Стр. 453.

### Глава 3. Проблемы институализации эвтаназии в России.

#### 3.1. Эвтаназия в России: сущностный и ценностный аспекты.

Эвтаназия, как способ медицинского решения проблемы смерти по российскому законодательству, в любом ее проявлении рассматривается как правонарушение и преследуется со стороны закона.

В ст. 45 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан»<sup>64</sup> говорится о том, что медицинскому персоналу запрещается осуществление эвтаназии - удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни. Названная статья предусматривает, что лицо, которое сознательно побуждает больного к эвтаназии и (или) осуществляет эвтаназию, «несет уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации».

Лица, окончившие высшие медицинские образовательные учреждения Российской Федерации, при получении диплома врача дают клятву, текст которой закреплен в ст. 60 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан»<sup>65</sup>. Будущие врачи торжественно клянутся «проявлять высочайшее уважение к жизни человека, нико-

---

<sup>64</sup> Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. Утверждены ВС РФ 22.07.93 N 5487-1 // Ведомости СНД и ВС РФ, 19.08.93, N 33, ст. 1318.

<sup>65</sup> Там же.

гда не прибегать к осуществлению эвтаназии». Факт дачи клятвы врача удостоверяется его личной подписью под соответствующей отметкой в дипломе с указанием даты. В той же статье Основ говорится об ответственности врачей за нарушение данной ими клятвы.

Однако законодательный запрет эвтаназии не снимает наличие активных споров и широкого обсуждения ее этических и юридических проблем. Более того, международный опыт свидетельствует о том, что добровольная пассивная эвтаназия разрешена в ряде стран, а общественная поддержка ее осуществляется во многих европейских государствах.

Альтернативой эвтаназии являются хосписы, которые с 1990 года функционируют и в России.

К истокам правовой регламентации врачебной деятельности относят такие памятники феодального русского законодательства, как Устав князя Владимира Святославовича (X-XI века) и Русскую Правду (IX-XI века). При этом важно иметь в виду, что вплоть до XVI века к лекарям, выполнявшим хирургические операции, относились как к волхвам и чародеям. Более детальная правовая регламентация деятельности врача была осуществлена реформами Петра I. Воинский (1716) и Морской (1720) Уставы Петра I законодательно закрепляли наказание за ненадлежащее врачевание. Необходимо отметить, что операции по пересадке органов в тот период регламентировались, в основном, общими правовыми актами. Единый врачебный закон 1857 года явился следующим шагом в правовой регла-

ментации хирургических операций, в том числе и по пересадке трансплантантов. Этот закон действовал вплоть до 1917 года.

В России на протяжении XIX-XX вв. неоднократно предпринимались попытки правового решения проблем эвтаназии. Российское дореволюционное уголовное законодательство не уравнивало умышленное убийство с убийством по согласию. В Уголовном Уложении 1903 г. (так и не вступившем в силу) закреплялось положение об уменьшенной ответственности за убийство, «учиненное по настоянию убитого и из чувства сострадания к нему»<sup>66</sup>.

Позднее, в примечании к ст. 143 УК РСФСР 1922 г., содержалось положение о «непреступности убийства, совершенного из сострадания и по настойчивой просьбе потерпевшего». Однако на 4-й сессии ВЦИК IX созыва (в ноябре 1922 г.) докладчиком Н.В. Крыленко были приведены доводы, способствующие отмене данного примечания, суть которых сводилась к тому, что можно доказать факт настояния, но нельзя проверить наличие факта сострадания<sup>67</sup>.

Этот отечественный опыт описывает известный российский юрист Б.С. Утевский: «В проект первого советского Уголовного кодекса была внесена специальная статья, предусматривавшая особый вид убийства - из сострадания. Наказание за такое убийство было более мягким. При обсуждении в 1922 г. на сессии ВЦИК проекта Уголовного кодекса по поводу этой статьи Ю. Ларин выступил со следующим предложением:

---

<sup>66</sup> Российское законодательство X - XX вв. Т. 9. С. 184.

<sup>67</sup> Крыленко Н.В. Обвинительные речи М.. 1978. С. 49.

- Я предлагаю не карать за убийство из сострадания. Возьмите, например, меня. Я болел высыханием мускулов, и мне предсказано, что через несколько лет я должен умереть. И вот, если я прошу вас, тов. Семашко, достать мне яду, то выйдет так, что вас будут судить за то, что вы избавили меня от страданий по собственной моей просьбе»<sup>68</sup>.

С предложением Ю. Ларина сессия ВЦИК согласилась. Данная статья была исключена, а в ст. 143 УК РСФСР 1922 г., карающей за умышленное убийство, было введено следующее замечание: «Убийство, совершенного по настоянию убитого из чувства сострадания, не карается».

Однако это примечание просуществовало недолго.

Состоявшаяся 11 ноября 1922 г. комиссия ВЦИК примечание к ст. 143 УК РСФСР исключила. И убийство, совершенное по мотиву сострадания, не стали относить даже к привилегированным видам убийства.

Попытка законодательного урегулирования рассматриваемого вопроса была предпринята также и разработчиками ныне действующего УК РФ. Ими предлагалась норма, предусматривающая ответственность за лишение жизни по волеизъявлению потерпевшего.

В процессе подготовки нового УК РФ по инициативе профессора С.В. Бородина была предложена норма об ответственности за

---

<sup>68</sup> Русская защита. Нашумевшие уголовные процессы. Сенсационные аферы. М., 2008. С. 203.



убийство из сострадания, совершенное при смягчающих обстоятельствах. Это предложение было поддержано другими юристами, в частности А.И. Коробеевым. Однако в окончательный текст УК, принятого в 1996 г. и введенного в действие с 1 января 1997 г. статья о лишении жизни по волеизъявлению потерпевшего не вошла<sup>69</sup>.

В науке проблема эвтаназии нередко рассматривается с позиций более широкого понятия - согласия потерпевшего на причинение вреда. Российское право исходит из того, что такое согласие не должно рассматриваться в качестве обстоятельства, исключающего преступность деяния. Поэтому позиция действующего уголовного законодательства России относительно эвтаназии однозначна: это убийство - умышленное, неправомерное лишение жизни другого человека. Мотив сострадания, указанный в перечне смягчающих обстоятельств, предусмотренном в ст. 61 УК Российской Федерации, может быть учтен лишь при назначении наказания виновному лицу, но не при квалификации деяния. Убийство по мотиву сострадания квалифицируется по ч. 1 ст. 105 УК РФ, т.е. как простое убийство<sup>70</sup>.

---

<sup>69</sup> Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.96 N 63-ФЗ (принят ГД ФС РФ 24.05.96.) / СЗ РФ, 17.06.96, N 25, ст. 2954 // Российская газета. N 113, 18.06.96, N 14, 19.06.96, N 115, 20.06.96, N 118, 25.06.96.

<sup>70</sup> Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.96 N 63-ФЗ (принят ГД ФС РФ 24.05.96.) / СЗ РФ, 17.06.96, N 25, ст. 2954 // Российская газета. N 113, 18.06.96, N 14, 19.06.96, N 115, 20.06.96, N 118, 25.06.96.

Что касается склонения больного к эвтаназии, о котором говорится в «Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан», то ответственность за такие действия в УК РФ не предусмотрена.

Более того, в Уголовном кодексе РФ устанавливается ответственность за неоказание помощи больному (статья 124), по которой и возможно привлечение медицинского работника, отказавшегося от проведения реанимационных мероприятий.

Умирание и смерть, понимаемая как смерть биологическая, традиционно определяется по пяти признакам:

- полное отсутствие сознания и спонтанной активности;
- полное исчезновение спонтанного дыхания даже при гиперкапнии (избыток углекислого газа в крови);
- фиксированный, с отсутствием рефлексов двусторонний мидриаз, неподвижность глазных яблок;
- исчезновение рефлексов от мозгового ствола;
- ровная («нулевая») электроэнцефалограмма, то есть полное отсутствие электрического сигнала на двух записях в течение не менее шести часов<sup>71</sup>.

«...Для права неприемлемо постепенное угасание личности человека, постепенная утрата его правоспособности, постепенное исчезновение его личных, лично-имущественных и имущественных прав. Поэтому юриспруденция не придерживается медицинских кри-

---

<sup>71</sup> Медицина и права человека. М., 2009. С. 51.

териев, а создает для своих потребностей юридическую фикцию, которая отождествляет смерть с моментом»<sup>72</sup>.

Одним из наиболее важных документов в этой области следует признать Временную инструкцию для определения биологической смерти и условий, допускающих изъятие почки для трансплантации, утвержденную Приказом Министерства здравоохранения СССР от 23 марта 1977 г. N 255. Закон РСФСР «О здравоохранении» умалчивал о порядке констатации смерти человека<sup>73</sup>. Однако трансплантология ставила вопросы, на которые должны быть даны четкие ответы.

Указанная Инструкция фиксировала, что одним из условий изъятия почки у трупа для трансплантации является истечение 30 минут после бесспорного установления биологической смерти, наступившей, несмотря на проведение всего комплекса реанимационных мероприятий в течение необходимого срока, и признания абсолютной бесперспективности дальнейшей реанимации.

Пункт 2 закреплял признаки биологической смерти, то есть состояния необратимой гибели организма как целого:

а) остановка сердечной деятельности:

- исчезновение пульса на крупных артериях;

---

<sup>72</sup> Дргонец Я., Холлендер П. Современная медицина и право. М., 1991. С. 140.

<sup>73</sup> Сборник нормативных актов по охране здоровья граждан Российской Федерации. М., 2005.

- отсутствие сокращений сердца по данным аускультации и прекращение биоэлектрической активности сердца по данным электрокардиографии;

б) прекращение дыхания;

в) исчезновение функций центральной нервной системы:

- отсутствие спонтанных движений;

- отсутствие реакции на звуковые, болевые проприоцептивные раздражения;

- максимальное расширение зрачков и отсутствие их реакции на свет;

- отсутствие роговичных рефлексов;

- отсутствие электрической активности мозга по данным электроэнцефалографии при максимальном усилении.

Констатации состояния смерти должно предшествовать применение полного комплекса реанимационных мероприятий, показанных данному больному.

В последующем Приказ Министерства здравоохранения СССР от 17 февраля 1987 г. N 236 «О дальнейшем развитии клинической трансплантологии в стране», утвердивший Инструкцию по констатации смерти в результате полного необратимого прекращения функций головного мозга, дополнил: «Решающим для констатации смерти является сочетание факта прекращения функций головного мозга с доказательствами необратимости этого прекращения»<sup>74</sup>.

---

<sup>74</sup> Сборник нормативных актов по охране здоровья граждан Российской Федерации. М., 2005.

В 1993 году была предпринята первая попытка законодательно урегулировать определение момента смерти. Основы законодательства об охране здоровья граждан в статье 46 фиксируют: «Констатация смерти осуществляется медицинским работником (врачом или фельдшером). Критерии и порядок определения момента смерти человека, прекращения реанимационных мероприятий устанавливаются положением, утверждаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации, согласованным с Министерством юстиции Российской Федерации, министерствами здравоохранения республик в составе Российской Федерации».

В Закон РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека»<sup>75</sup> была включена ст. 9 «Определение момента смерти», в соответствии с которой органы и (или) ткани могут быть изъяты у трупа для трансплантации, если имеются бесспорные доказательства факта смерти, зафиксированного консилиумом врачей-специалистов. Заключение о смерти дается на основе констатации необратимой гибели всего головного мозга (смерть мозга), установленной в соответствии с процедурой, утвержденной Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Приказом от 10 августа 1993 г. N 189 «О дальнейшем развитии и совершенствовании трансплантационной помощи населению Российской Федерации» Минздрав РФ утвердил Инструкцию по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга.

---

<sup>75</sup> Закон РФ от 22.12.92 N 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека» // Ведомости СНД и ВС РФ. 14.01.93. N 2. Ст. 62.

Настоящим документом было подтверждено, «что смерть мозга эквивалентна смерти человека. Смерть мозга есть полное и необратимое прекращение всех функций головного мозга, регистрируемое при работающем сердце и искусственной вентиляции легких. Решающим для констатации смерти мозга является сочетание факта прекращения функций всего головного мозга с доказательством необратимости этого прекращения. Право на установление диагноза смерти мозга дает наличие точной информации о причинах и механизмах развития этого состояния»<sup>76</sup>.

В последующем Приказом Минздрава РФ и Российской Академии Медицинских Наук в апреле 2001 года была утверждена Инструкция по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга<sup>77</sup>. Основные положения, характеризующие смерть как юридический факт, были сохранены из Инструкции 1993 года.

Согласно Инструкции установление диагноза смерти мозга происходит в соответствии со специальной процедурой, включающей в себя перечень обязательных клинических критериев, наличие которых обязательно для установления диагноза смерти мозга, специальный субъект - коллегиальный орган, обладающий правом кон-

---

<sup>76</sup> Приказ от 10 августа 1993 г. N 189 «О дальнейшем развитии и совершенствовании трансплантологической помощи населению Российской Федерации»

<sup>77</sup> Медицинская газета. 2001. N 50.

статации смерти, процессуальный документ - протокол установления смерти мозга.

К критериям, наличие которых обязательно для установления диагноза смерти мозга, относятся:

1. полное и устойчивое отсутствие сознания (кома);
2. атония всех мышц;
3. отсутствие реакции на сильные болевые раздражения в области тригеминальных точек и любых других рефлексов, замыкающихся выше шейного отдела спинного мозга;
4. отсутствие реакции зрачков на прямой яркий свет. При этом должно быть известно, что никаких препаратов, расширяющих зрачки, не применялось. Глазные яблоки неподвижны;
5. отсутствие корнеальных рефлексов;
6. отсутствие окулоцефалических рефлексов;
7. отсутствие окуловестибулярных рефлексов;
8. отсутствие фарингеальных и трахеальных рефлексов, которые определяются путем движения эндотрахеальной трубки в трахее и верхних дыхательных путях, а также при продвижении катетера в бронхах для аспирации секрета;
9. отсутствие самостоятельного дыхания<sup>78</sup>.

Диагноз смерти мозга устанавливается комиссией врачей лечебно-профилактического учреждения, где находится больной, в составе: реаниматолога-анестезиолога с опытом работы в отделении интенсивной терапии и реанимации не менее 5 лет и невролога с та-

---

<sup>78</sup> Там же.

ким же стажем работы по специальности. Для проведения специальных исследований в состав комиссии включаются специалисты по дополнительным методам исследований с опытом работы по специальности не менее 5 лет, в том числе и приглашаемые из других учреждений на консультативной основе. Назначение состава комиссии и утверждение протокола установления смерти мозга производится заведующим реанимационным отделением, где находится больной, а во время его отсутствия - ответственным дежурным врачом учреждения.

Протокол установления смерти мозга имеет значение для прекращения реанимационных мероприятий и для изъятия органов. Это означает, что только при наличии данного процессуального документа происходит отказ от проведения медицинских процедур поддержания жизнедеятельности организма. Косвенно это еще раз подтверждает законодательный запрет на пассивную эвтаназию, поскольку не имеют юридического значения какие-либо заявления близких родственников, направленные на констатацию факта смерти больного.

Гарантией недопущения злоупотреблений служит правило, что в диагностике смерти в случае предполагаемого использования в качестве донора умершего запрещается участие трансплантологов и членов бригад, обеспечивающих работу донорской службы<sup>79</sup> и опла-

---

<sup>79</sup> Правовой порядок проведения патологоанатомических вскрытий (приказ Министерства здравоохранения РФ N 82 от 29.04.94 г.) опреде-



чиваемых ею, а также неразглашение сведений о доноре и реципиенте<sup>80</sup>.

Однако, смерть не представляет собой какое-то статическое состояние, а является динамическим процессом перехода из бытия в небытие.

Все выше сказанное создает ряд, так называемых, биоэтических проблем. Среди которых:

- допустимо ли спасение жизни любой ценой?
- стоит ли возвращать к жизни человека, который, сознательно пойдет на последующее самоубийство?
- следует ли осуществлять реанимационные мероприятия, когда достоверно известно, что возможно лишь кратковременное возвращение к жизни, причиняющее только излишние страдания пациенту?

Решение этих вопросов отдается врачу, тем самым, возлагая на него дополнительную этическую, а зачастую и уголовную, ответственность.

---

ляет виды и характеристику медицинской экспертизы, порядок организации и производства судебно-медицинской экспертизы.

<sup>80</sup> Закон РФ от 09.06.93 N 5142-1 «О донорстве крови и ее компонентах» // Ведомости СНД и ВС РФ, 15.07.93, N 28, ст. 1064.

### 3.2. Морально-этические проблемы эвтанази.

Описанные в предыдущем параграфе вопросы, по-существу, и призвана решать биоэтика.

В современном мире в связи с развитием новых технологий в медицине и широким внедрением их в практику возник целый ряд этико-правовых проблем биологии и медицины, которые получили название биоэтики (биомедицинской этики).

Биоэтику следует рассматривать как новое направление в этике. Сам термин определяет суть этого направления. Термин состоит из двух составляющих: *bios* (греч.) - жизнь и *ethica* (греч.) - этика, т.е. этика жизни. По сути, это означает жизнь и мораль, или жизнь в морали, жизнь в рамках морали. И в этом смысле можно было бы ограничиться сугубо или чисто философским пониманием жизни. Но термин «биоэтика» ввел в 1969 американский биолог Ван Ренселлер Поттер<sup>81</sup>. Здесь биоэтика рассматривается автором как наука, объединяющая биологию и этику. С этого времени на Западе выносятся на публичное обсуждение проблемы, которые характеризуются как биоэтические. Наиболее активно обсуждаемые проблемы: эвтаназия, аборт, контрацепция и стерилизация, новые технологии зачатия и вынашивания ребенка (суррогатное материнство), проблема трансплантации. Обсуждение этих проблем было связано с новыми подходами к вопросам зарождения жизни и смерти человека.

---

<sup>81</sup> Поттер Р. Биоэтика - мост в будущее. М., 2003.

То есть, по сути, биоэтика занимается этическими проблемами в медицине, связанными с жизнью и смертью. Поэтому, биоэтика основывается на уважении к жизни вообще и уважении достоинства каждого конкретного человека. Интересы человека в любом случае должны быть выше интересов науки и общества.

Обширный круг социально-экономических, морально-этических и юридических проблем в свете развития новых медицинских технологий рассматривается сегодня многочисленными международными организациями (ООН, ЮНЕСКО, Совет Европы, ВОЗ, ВМА). Интерес к биоэтической проблематике вызван тем, что многие медицинские вопросы здоровья человека неотделимы от социальных и правовых. Одно из самых известных положений клятвы Гиппократова «не навреди» в XX веке трансформировалось в отрасль науки - биоэтику, занимающуюся изучением медицины в контексте прав человека. На современном этапе развития медицины, когда новые технологии в медицине становятся не только недоступными по своей стоимости для всех потребителей во всех странах мира, но иногда и опасными, нам представляется обоснованным как можно чаще и подробнее рассматривать этические вопросы в медицине:

Спецификой этого направления, что собственно и определило его выделение в самостоятельное, является равная значимость этического, медицинского и правового аспектов проблем.

Для того чтобы понять, какие нравственные, морально-этические и ценностно-правовые принципы лежат в основе совре-

менной биоэтики, следует охарактеризовать развитие этих принципов применительно к различным конкретно-историческим эпохам.

Принципы врачевания, заложенные Гиппократом, лежат у истоков врачебной этики как таковой. В своей знаменитой «Клятве», Гиппократ сформулировал обязанности врача перед пациентом. И, несмотря на то, что с тех пор прошли многие века, «Клятва» не потеряла своей актуальности, более того, она стала эталоном построения многих этических документов<sup>82</sup>.

Другая модель врачебной этики сложилась в Средние века. Наиболее четко ее принципы были изложены Парацельсом. В отличие от модели Гиппократа, когда врач завоевывает социальное доверие пациента, в модели Парацельса основное значение приобретает патернализм - эмоциональный и духовный контакт врача с пациентом, на основе которого и строится весь лечебный процесс. В духе того времени отношения врача и пациента подобны отношениям духовного наставника и послушника, так как понятие «pater» в средневековой Европе распространяется и на Бога. Вся сущность отношений врача и пациента определяется благодеянием врача, благо в свою очередь имеет божественное происхождение, ибо всякое Благо исходит свыше, от Бога.

Следующая модель может быть условно названа деонтологической. В основе данной модели лежит принцип «соблюдения дол-

---

<sup>82</sup> Например, Клятва российского врача, утвержденная 4-ой Конференцией Ассоциации врачей России, Москва, Россия, ноябрь 1994, содержит близкие по духу и даже по формулировке принципы.

га». Она базируется на строжайшем выполнении предписаний морального порядка, соблюдение некоторого набора правил, устанавливаемых медицинским сообществом, социумом, а также собственным разумом и волей врача для обязательного исполнения. Для каждой врачебной специальности существует свой «кодекс чести», несоблюдение которого влечет дисциплинарные санкции или даже исключением из врачебного сословия.

И, наконец, биоэтика (принцип «уважения прав и достоинства человека»), где современная медицина, биология, генетика и соответствующие биомедицинские технологии вплотную подошли проблеме прогнозирования и управления наследственностью, проблеме жизни и смерти организма, контроля функций человеческого организма на тканевом, клеточном и субклеточном уровне.

Поэтому как никогда остро стоит вопрос соблюдения прав и свобод пациента как личности, соблюдение прав пациента (право выбора, право на информацию и др.) возложено на этические комитеты, которые фактически сделали биоэтику общественным институтом.

В середине прошлого века на фоне быстрого развития медицинских научных технологий вновь были выявлены факты нарушения качества и этических норм при проведении клинических исследований. Подкомиссия Сената США под председательством анестезиолога Э. Кефоувера опубликовала сенсационный доклад о злоупотреблениях и нарушениях правил безопасности при испытании лекарственных средств. Тогда же профессор Бичер Г. проанализиро-

вал множество научных публикаций и отметил «сомнительную этическую ценность». То есть исследование на людях проводилось ради исследования - с целью патофизиологических наблюдений<sup>83</sup>. В этот же период были выявлены факты испытания лекарственных препаратов на заключенных, изучение «естественного течения» сифилиса без лечения. В 1959-1961 гг. в ФРГ разыгралась катастрофа с талидомидом - зарегистрировано 10 000 случаев рождения детей с врожденными уродствами на фоне приема нового лекарственного препарата беременными женщинами. Стало ясно, что достижения в науке и медицинских технологиях, как это ни странно звучит, могут представлять угрозу для благополучия человека и общества<sup>84</sup>.

С этого периода началась вторая стадия развития медицинской этики. Между врачами и другими слоями общества развернулись дебаты по проблемам обеспечения индивидуальных прав человека (правдивая информация, конфиденциальность, эвтаназия и др.). Всемирная медицинская ассоциация разработала Хельсинкскую Декларацию (1964 г.), где на основе выявленных фактов были приняты соответствующие решения, выработаны рекомендации и нормативы по вопросам медицинской и научной этики.

---

<sup>83</sup> Биомедицинская этика// Под редакцией Покровского В.И., Лопухина Ю. М. М., 2007.

<sup>84</sup> Мелихов О. Г., Прудников Д. Н. История и основные положения правил проведения клинических испытаний. Клиническая фармакология и терапия. 1997. Т. 6. N 1.

В США права пациентов официально стали провозглашаться с 1973 г., когда Американская госпитальная ассоциация приняла «Декларацию прав пациента». Такой подход к проблеме был обусловлен растущим недоверием населения к врачам и больницам, подозревавшимся в завышении цен при неудовлетворительном качестве медицинской помощи. Впоследствии аналогичные декларации были приняты в разных странах. Эти декларации провозглашают следующие права пациента:

- право на получение честной информации, без ложных утверждений в доступной и понятной для пациента форме, что позволило бы принимать сознательные решения по вопросам здоровья;

- право не быть подвергнутым методам неэтичной пропаганды;

- право на приглашение к участию в обсуждении вопросов личного и общественного здоровья;

- право на возможность участия в дискуссиях с лицами, принимающими ответственные решения;

- право на «неучастие» - право на то, что против своей воли пациент не будет насильно вовлекаться в оздоровительные и иные мероприятия.

На третьей стадии (80-е годы) вопросы медицинской этики стали рассматриваться на уровне системы и инфраструктуры здравоохранения. Это было связано с тем, что быстрый рост науки привел к такой стоимости медицинских технологий, что ни одна страна в мире уже не могла себе позволить обеспечивать всем гражданам равный доступ ко всем видам медико-санитарной помощи. Таким

образом, появилась необходимость рассматривать этичность программных решений в сфере общественного здравоохранения с учетом интересов общества в целом. К числу важнейших документов этого периода относится Европейская конвенция по биоэтике, принятая Парламентской ассамблеей Совета Европы в 1996 г. «Конвенция о защите прав и достоинств человека в связи с использованием достижений биологии и медицины» предусматривает, что в области использования достижений современной биологии и медицины Стороны обязуются защищать достоинство и индивидуальную целостность каждого человека, гарантировать всем без исключения уважение целостности личности, основных прав и свобод<sup>85</sup>.

Принятие Конвенции обусловлено тем, что с развитием медицинских технологий человечество все чаще вторгается в область непривычного, неизведанного, чреватого самыми разнообразными и неожиданными социальными и человеческими последствиями. Сердечно-сосудистая хирургия не исключение. Например, общество столкнулось с неожиданными социально-этическими проблемами, получив возможность с помощью современных технологий диагностировать врожденные пороки сердца у плода. Как поступать в случае выявления врожденных пороков сердца у плода, несовместимых с жизнью или не подлежащих в последующем радикальному лечению? Как должен поступать врач? Кто, каким образом должен и насколько этично или неэтично принимать решение о искусственных

---

<sup>85</sup> «Конвенция о защите прав и достоинств человека в связи с использованием достижений биологии и медицины». Статья 1.



преждевременных родах в случае диагностики таких врожденных пороков сердца плода? Сегодня нет законодательных актов, обеспечивающих социальную защиту родителей, которые решились на сохранение жизни плода с диагностированным инвалидизирующим заболеванием. В этом случае женщина заведомо будет находиться в более худшем социальном положении по сравнению с женщиной, у которой родится здоровый ребенок: во многих случаях у нее возникнут проблемы с трудоустройством, потребуются средства для лечения.

Важное место занимает также проблематика, связанная с этическим и правовым регулированием научных исследований. Эту роль должны выполнить биоэтические комитеты разных уровней. Практика создания биоэтических комитетов берет свое начало на Западе. Здесь биомедицинские комитеты формируются при больницах, в их функции входит рассмотрение и принятие решений по каждому конкретному случаю. Второе направление - это организация биоэтических комитетов при медицинских факультетах университетов, которые контролируют исследовательскую деятельность. При всех биомедицинских исследовательских учреждениях США, получающих финансирование государства, существуют комиссии, осуществляющие этическое регулирование исследований. Без одобрения данных комиссий не возможно финансирование исследовательского проекта. В состав биоэтических комитетов входят: врачи, средний медицинский персонал, юристы, священники, философы, биоэтики, представители населения той территории, где находится

больница. Этические комитеты стали своеобразным механизмом контроля за соблюдением принципов Конвенции в большинстве стран мира. Согласно требованию «Токийской декларации», принятой Всемирной медицинской ассоциацией в 1975 году, любая программа биомедицинских исследований с участием человека в качестве субъекта должна быть одобрена независимым этическим комитетом.

В 90-х годах XX века в нашей стране было создано 5 центральных комитетов по биоэтике. Первым в 1993 г. был сформирован Национальный комитет по биоэтике Российской Академии наук. Затем были организованы комитеты при Президиуме РАМН, при Российской медицинской ассоциации, при Ассоциации врачей и при Министерстве здравоохранения Российской Федерации. В некоторых НИИ и больницах созданы местные комитеты (при Российском центре хирургии, НИИ акушерства и гинекологии, Институте скорой помощи и др.).

Безусловно, в ряду биоэтических вопросов, эвтаназия является одной из самых острых и интересующих общество проблем. При анализе активной и пассивной эвтаназии разворачиваются дискуссии о соотношении понятий «действие» и «бездействие». Нет четкости и в понимании «недобровольной» эвтаназии, так как в этом случае отсутствие возможности проявить волю свидетельствует о тяжелом состоянии пациента, то есть действия по прекращению жизни фактически становятся насильственными.

Выделение терминов «прямая» и «непрямая» эвтаназия выводит на первый план проблему намерения и цели. Особенно важным это различие может выступить в практике обслуживания безнадежных пациентов. Так, передозировка болеутоляющих препаратов может быть признана непрямой эвтаназией.

В российском законодательстве все формы эвтаназии запрещены в статье № 45 ОЗОЗ, причем там не проводится различия между активной и пассивной эвтаназией, но выделяется аспект побуждения к ней пациента. Однако в статье №33 ОЗОЗ зафиксировано право больного отказаться от любого вида лечения, что можно трактовать как допущение пассивной эвтаназии.

В Этических кодексах Российского врача и медицинской сестры России, вышедших в 1994 и в 1997 годах, отношение к эвтаназии выражено более четко. В кодексе российского врача в статье № 14 отмечается недопустимость как активной, так и пассивной эвтаназии. Можно сделать вывод, что, во-первых, в Этических кодексах медицинских работников России проблема эвтаназии ставится более четко, чем в законодательстве и, во-вторых, в них выражено отрицательное отношение ко всем формам эвтаназии:

Большинство российских медиков по данным опросов либо уклоняется от высказывания определенного мнения по проблеме эвтаназии, либо констатирует неподготовленность общества к ее решению. Современный уровень развития правовой и нравственной культуры российского общества делает весьма актуальным так называемый аргумент «наклонной плоскости» против проведения эвтаназии.

### Заключение.

В заключении хотелось бы отметить, чтобы реально оценить такое многозначное явление как эвтаназия, иметь возможность высказывать обоснованную позицию относительно целесообразности применения эвтаназии в Российской Федерации, необходимо подходить к данной проблеме как к совокупности положительных и отрицательных нюансов, составляющих ее сущность.

Мы пришли к выводу, что эвтаназией называется всякое действие, направленное на то, чтобы положить конец жизни той или иной личности, идя навстречу ее собственному желанию, и выполненное незаинтересованным лицом. Эвтаназия есть вопрос не о сущности смерти, но о сущности и способе умирания, перед которым оказывается человек при подходе к последней черте земного существования. И потому абстрактная идея эвтаназии глубоко погружена в контекст философских, моральных, правовых и психологических проблем, от разрешения которых зависит судьба эвтаназии как института - ее моральная легитимность и ее легализация. Само же событие эвтаназии не является гносеологическим объектом в классическом смысле. Отношение к эвтаназии, зачастую, выходят за границы субъект-объектных отношений. Специфика изучения темы «эвтаназия» состоит в том, что, онтологическая укорененность события эвтаназии в обществе и культуре может быть объяснена с помощью понятий

жизнь и смерть, которые по-разному проявляется в различных культурах.

Однако и это показано в тексте диссертационного исследования, в новоевропейском социокультурном пространстве происходит трансформация понятий жизни и смерти, где жизнь становится главной ценностью. Доминанция события жизни сопровождалось появлением феномена «негации» эвтаназии, породившего социокультурную установку на отождествление смерти с абсолютным злом. Античный и средневековый принцип личной и общественной жизни – «*memen- to mori*» не был востребован в потребительском обществе. Начиная с XIX века, мотивы смерти, а соответственно эвтаназии вытеснены в «черный» романтизм эстетики. Смерть есть событие, не зависящее от самого человека, оно вне его возможности автономной самореализации, а потому обращение к теме «смерть» блокирует возможность построения антропоцентристского мировоззрения.

Современное мировоззрение определяет себя как прогрессивное. Однако в случае с эвтаназией это прогрессистская направленность возвращает нас к до-цивилизированным формам и принципам «достоинства». Выход самоубийства с индивидуального уровня на уровень социальной практики в рамках существующих социального института права и здравоохранения может принять форму, известную всем культурам как зараженность самоубийством.

Эвтаназия, как способ медицинского решения проблемы смерти по российскому законодательству, в любом ее проявлении рассматривается как правонарушение и преследуется со стороны закона.

Однако и российскому уголовному законодательству известны случаи освобождения от уголовной ответственности за причинение смерти из сострадания. Так, в России на протяжении XIX-XX вв. неоднократно предпринимались попытки правового решения проблем эвтаназии. Российское дореволюционное уголовное законодательство не уравнивало умышленное убийство с убийством по согласию. В Уголовном Уложении 1903 г. (так и не вступившем в силу) закреплялось положение об уменьшенной ответственности за убийство, «учиненное по настоянию убитого и из чувства сострадания к нему»<sup>86</sup>. Однако, позиция действующего уголовного законодательства России относительно эвтаназии однозначна: это убийство - умышленное, неправомерное лишение жизни другого человека. Мотив сострадания, указанный в перечне смягчающих обстоятельств, предусмотренном в ст. 61 УК Российской Федерации, может быть учтен лишь при назначении наказания виновному лицу, но не при квалификации деяния. Убийство по мотиву сострадания квалифицируется по ч. 1 ст. 105 УК РФ, т.е. как простое убийство<sup>87</sup>.

В ряду биоэтических вопросов, эвтаназия также является одной из самых острых и интересующих общество проблем. При анализе активной и пассивной эвтаназии разворачиваются дискуссии о соот-

---

<sup>86</sup> Российское законодательство X - XX вв. Т. 9. С. 184.

<sup>87</sup> Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.96 N 63-ФЗ (принят ГД ФС РФ 24.05.96.) / СЗ РФ, 17.06.96, N 25, ст. 2954 // Российская газета. N 113, 18.06.96, N 14, 19.06.96, N 115, 20.06.96, N 118, 25.06.96.

ношении понятий «действие» и «бездействие». Нет четкости и в понимании «недобровольной» эвтаназии, так как в этом случае отсутствие возможности проявить волю свидетельствует о тяжелом состоянии пациента, то есть действия по прекращению жизни фактически становятся насильственными. Автор считает, что могут быть ситуации, при которых применение пассивной эвтаназии является справедливым и действительно может рассматриваться как гуманное отношение к умирающему больному, ибо, имея неотъемлемое конституционное право на жизнь, он должен, в соответствии с международными нормами, при определенных обстоятельствах, иметь право решать вопрос о ее прекращении.

Таким образом, несмотря на то, что нельзя найти однозначного ответа на вопрос, является ли эвтаназия благом или несет вред, вопрос о праве на нее представляется целесообразным.

**Список литературы.**

1. Абрамова, Г.С. Психология в медицине / Г.С. Абрамова, Ю.А. Юдчиц.- М., 1998.
2. Августин А. Исповедь // Августин А. Исповедь; Абельяр П. История моих бедствий. М.: Республика, 1992.
3. Аврелий Марк. Размышления. СПб.: Кристалл, 2001.
4. Агафонов, Ю.А. Становление нового социального порядка в России: институциональные и нормативно-правовые аспекты: автореферат дисс.на соиск. уч. степени д-ра философских наук / Ю.А. Агафонов.- Ростов-на-Дону, 2000.
5. Акопов, В.И. Проблемы эвтаназии в современном праве Российской Федерации / В.И. Акопов // Северо-Кавказский юридический вестник.- 2000.- №2.
6. Акопов, В.И.Юридические основы деятельности врача: учебно-методическое пособие для студентов вузов / В.И. Акопов, А.А.Бова.- М.: Экспертное бюро-М, 1997.
7. Актуальные вопросы трансплантации и медико-правовые аспекты ее регулирования / В.И. Прозоровский [и др.] //Судебно-медицинская экспертиза.- 1979.- № 3.
8. Англо-русский медицинский энциклопедический словарь: пер. с англ.- М.: ГЭОТАП, 1995.
9. Антокольская, М.В. Семейное право: учебник / М.В. Антокольская.- М.: ЮристЪ,2006.
10. Антонов В.Ю. Метафизика страха и этика бессмертия. Саратов: ТОО «Печатный двор», 1994.



11. Антропология насилия. Отв. редакторы Бочаров В.В. и Тишков В.А. -СПб.: Наука, 2001.
12. Апресян, Р.Г. // Материалы Круглого стола: Мы и биоэтика / Р.Г. Апресян // Человек.- 1990.- № 6.
13. Ардашева, Н.А. Эвтаназия как метод искусственного прерывания жизни. Правовые условия ее применения / Н.А. Ардашева // Вестник РАМН.- 1996.- № 12.
14. Ариес Ф. Человек перед лицом смерти. -М.: Прогресс, 1992.
15. Аристотель. Большая этика // Соч. в 4-х т. М.: Мысль, 1978. Т.4.
16. Архимандрит Лазарь. Грех и покаяние последних времён. М.: Издательство Московского подворья Свято-Успенского Псково-Печерского монастыря, 1995.
17. Ахманова О.С. Словарь лингвистических терминов. М.: Советская энциклопедия, 1969.
18. Барышков В.П. Персонологическая аксиология // Философия и проблемы современности: Сб. науч. статей / Отв. ред. Л.И. Тетюев. -Саратов: Научная книга, 2003.
19. Басос А.В. «Единственный аргумент» Ансельма Кентерберийского // Истина и благо: универсальное и сингулярное. М., 2002.
20. Белов В.Н. Счастливая возможность умереть? // Фигуры Танатоса. 1993. №3. СПб.

21. Белов В.Н., Рожков В.П. История русской философии. Курс лекций. - Саратов: Научная книга, 2003 г.
22. Белосельский-Белозерский А.М. Диалог на смерть и на живот // Вопросы философии. 2005. № 1.
23. Бердяев Н.А. О назначении человека: сборник. М.: Республика, 1993.
24. Бердяев Н.А. Самопознание (опыт философской автобиографии). М.: Книга, 1991.
25. Бердяев Н.А. Философия свободы. Смысл творчества. М.: Правда, 1989.
26. Бернад, С. Река жизни / С. Бернад.- М., 1965.
27. Библер В.С. Нравственность, культура, современность (философские раздумья о жизненных проблемах): научно-публицистические чтения / В.С. Библер // Этическая мысль.- 1990.
28. Биомедицинская этика// Под редакцией Покровского В.И., Лопухина Ю. М. М., 2007.
29. Блюменкранц М. Время анти-истории. Картина мира: дубль 2003 // Вопросы философии. 2004. № 11.
30. Блюменкранц М. Мир после смерти вещей // Вопросы философии. 2003. №2.
31. Блюменкранц М. Общество мёртвых велосипедистов // Вопросы философии. 2004. № 1.
32. Бодрийяр Ж. Соблазн. М.: Ad marginem, 2000.
33. Бодрийяр Ж. Символический обмен и смерть. М.: Добросвет, 2000.

34. Больнов О.Ф. Философия экзистенциализма. СПб.: Лань, 1999.
35. Большая Медицинская Энциклопедия. М., 1986. Т. 27.
36. Бородин, С.В. Ответственность за убийство: квалификация и наказание по российскому праву / С.В. Бородин.- М., 1994.
37. Брак и деторождение. Москва: Русский хронограф, 2000.
38. Британцы опасаются легализации эвтаназии [Электр. ресурс].- Режим доступа: <http://mednovosti.ru/news/2003/12/09/british>.
39. Брок, Д. Законные права и моральная ответственность в оздоровительном процессе / Д. Брок.- Дордрехт, 1981.
40. Брянчанинов И. О прелести. СПб.: Шпиль, 1996.
41. Брянчанинов, И. Слово о смерти / И. Брянчанинов.- М., 1991.
42. Булгаков С.Н. Свет невечерний: Созерцания и умозрения. М.: Республика, 1999.
43. Булгаков С.Н. Философия хозяйства. М.: Наука, 1990.
44. Бхаскар, Р. Общества / Р. Бхаскар.- М.: Социо-логос, 1991.
45. Быкова, С.Эвтаназия: мнение врачей / С. Быкова, Б. Юдин, Л. Ясная // Человек.- 1994.- № 2.
46. Бэкон Фрэнсис. Сочинения в двух томах. Второе, исправленное и дополненное издание. Том 1 (Великое восстановление наук). М.: Мысль, 1977 г.
47. Ван Лиувен, Е. Сложные проблемы нравственного оправдания медицинских помощников смерти/ Е. Ван Лиувен, Г. Кимсма

Г. // Медицинская этика и начало 21-го века. Материалы Нью-Йоркской Академии наук. М., 2003.

48. Варава В.В. Духовно-философский горизонт русской мысли и метафизика смерти // Философская и правовая мысль: Альманах. Вып. 3. -Саратов-Санкт-Петербург: Научная книга, 2002.

49. Великий П.П., Бочарова Е.В. Взаимосвязи социального и территориального пространства // Философия и проблемы современности: Сб. науч. статей. Саратов: Научная книга, 2003.

50. Вили К. Биология. М.: Мир, 1966.

51. Воеводин, Л.Д. Юридический статус личности в России / Л.Д. Воеводин.- М., 1997.

52. Воронин А.А. Техника и мораль // Вопросы философии. 2004. № 10.

53. Восприятие современной России за рубежом. Цикл публичных дискуссий «Россия в глобальном мире». Выпуск 1. М.: Никитский клуб, 2001.

54. Врачебные ассоциации. - Сборник официальных документов под ред. В.Н. Уранова. М., 2005.

55. Врачей будут учить эвтаназии [Электр. ресурс].- Режим доступа: <http://mednovosti.ru/news/2002/02/24/euthan>.

56. Врачи не должны убивать / Гейлин У.[и др.] // Человек.- 1993.- № 2.

57. Всемирная энциклопедия. Философия. XX век.- Минск, 2002.

58. Всеобщая Декларация прав человека // Международное право в избранных документах.- М.: Институт международных отношений, 1957.

59. Вульф, С.М. Эвтаназия: не переходить границу / С.М.Вульф // Человек.- 1993.- № 5.

60. Гайденок П.П. Смерть // Философский энциклопедический словарь. -М.: Политиздат, 1989.

61. Гегель Г.В.Ф. Философия религии. В двух томах. Т.1. М.: Мысль, 1977.

62. Гегель Г.В.Ф. Философия религии. В двух томах. Т.2. М.: Мысль, 1977.

63. Гегель Г.В.Ф. Энциклопедия философских наук // Соч. в 3 т. М.: Мысль, 1977. Т.1.

64. Герменевтика: история и современность: (Критические очерки). М.: Мысль, 1985.

65. Гиппократ Избранные книги / Гиппократ; пер. с греч. В.И. Руднева. - М.: Гос. изд. биол. и мед. Лит., 1936.

66. Гнатик Е.Н. Некоторые философско-гуманитарные проблемы генетики человека // Вопросы философии. 2004. № 7.

67. Гоглова, О.О. О сущности биоэтики. Об определении понятия биоэтика/ О.О. Гоглова // Медицинское право и этика.- 2003. № 1.

68. Голландские врачи теперь могут убивать безнадежно больных [Электр. ресурс].- Режим доступа: <http://mednovosti.ru/news/2002/04/01/euthanasia>.

69. Голубов, И.И. Уголовная ответственность при использовании искусственных методов репродукции/ И.И. Голубов, Е.В. Григорович // Юрист.- 1999.- № 11.
70. Гомьен Д., Харрис Д., Зваак Л. Европейская Конвенция. М., 1998.
71. Горский, А.К. Смертобожество / А.К. Горский, Н.А. Сетницкий.- М., 1992.
72. Гражданское право России. В 2ч. Ч.1: учебник / под ред. З.И. Цибуленко. М., 2008.
73. Гражданское право. В 2 т. Т.2.: учебник / под ред. Е.А.Сухановой.- М.: Бек, 2008.
74. Гражданское право. В 3 т. Т.1.: учебник /под ред. Ю.К.Толстого, А.П.Сергеева.- М.: ТК Велби, 2003.
75. Грачёва Т.В. Мораль, ориентированная на смерть // Православная вера. 2001. № 19.
76. Грекова Т.И. Странная вера доктора Швейцера. М.: Советская Россия, 1985.
77. Григорович, Е.В. Гражданско-правовая ответственность при использовании искусственных методов репродукции / Е.В. Григорович // Юрист.- 1999.- № 10.
78. Грицай Е.В. Инициация постмодерна (на полях у Бодрийяра) // Вопросы философии. 2002. № 11.
79. Громов, А.Л. Эйтаназия / Е.В. Григорович // Судебно-медицинская экспертиза.- 1992.- № 4.

80. Гроф С., Хэлифакс Дж. Человек перед лицом смерти. М.: Изд-во Трансперсонального Института, 1996.
81. Губанов В.А. БЕСчеловечность, или Клонирование в свете Евангелия // Православная вера. 2001. № 12.
82. Гурвич, А.М. Стойкие вегетативные состояния и смерть мозга. Биомедицинская этика / А.М. Гурвич, под ред. акад. РАМН В.И.Покровского.- М.: Медицина, 1997.
83. Гусейнов, А.А. О прикладной этике вообще и эвтаназии в частности / А.А Гусейнов А.А // Научные доклады высшей школы.- 1990.- № 6.
84. Даль В.И. Толковый словарь живого великорусского языка. В 4-х т. Т. 1.: А-З.- М.: Рус. язык, 1989.
85. Дворкин Р. Наивысшая добродетель // Право умереть. Нью-Йорк – Лондон. М., 1990.
86. Дворкин, Р. Власть жизни: дискуссия об абортах, эвтаназии и индивидуальной свободе / Р. Дворкин.- Нью-Йорк, 1994.
87. Делёз Ж., Гваттари Ф. Что такое философия? СПб.: Алетейя, 1998.
88. Демичев А.В. Дискурсы смерти. Введение в философскую танатологию. СПб.: ИНА ПРЕСС, 1997.
89. Джордж Ф. Основы кибернетики: Пер. с англ./ Под ред. А.Л. Горелика. -М.: Радио и связь, 1984.
90. Диоген Лаэртский. О жизни, учениях и изречениях знаменитых философов / Диоген Лаэртский. М., 1979.

91. Дмитриев, Ю.А. Право человека в Российской Федерации на осуществление эвтаназии / Ю.А. Дмитриев, Е.В. Шленева // Государство и право.- 2000.- № 11.
92. Дмитриева, А.А. История Германского государства / А.А. Дмитриева.- М.,1990.
93. Доброхотов А.И. Ничто // Философский энциклопедический словарь. -М.: Политиздат, 1989.
94. Дргонец, Я. Современная медицина и право / Я. Дргонец, П. Холлендер. М., 1991.
95. Дюркгейм, Э. Самоубийство. Социологический этюд / Э. Дюркгейм.- СПб., 1998.
96. Егишянц С.А. Тупики глобализации. М.: Вече, 2004.
97. Жизнь земная и последующая / Сост. П.С. Гуревич, С.Я. Левит: Пер. с англ. М.: Политиздат, 1991.
98. Жизнь. Смысл жизни. Смерть // Философский альманах «Человек. Культура. История.». 1998, № 1.
99. Жильсон Э. Жизнь и смерть картин // Вопросы философии. 2003. № 11.
100. Законодательство Петра I. М., 1997.
101. Защита прав человека в условиях перехода к рынку //Государство и право.- 1993.- № 6.
102. Зильбер, А.П. Этика и закон в медицине критических состояний / А.П. Зильбер.- Петрозаводск, 1998.



103. Зильберг, А.П. Трактат об эвтаназии / А.П. Зильберг.- Петрозаводск: изд-во Петербургского государственного университета, 1998.

104. И сотворил Бог мужчину и женщину: Комментарии к Социальной концепции Русской Православной Церкви. М.: Даниловский благовестник, 2001.

105. Иванов В.Г. Конфликт ценностей и решение проблем экологии. М.: Знание, 1991.

106. Иванюшкин, А.Я. Эволюция концепции смерти мозга в нашей стране / А.Я. Иванюшкин // Медицинское право и этика. 2003. № 1.

107. Иванюшкин, А.Я. Эвтаназия: проблема, суждения, поиск альтернативы / А.Я. Иванюшкин, Е.А. Дубова // Вестник академии наук СССР. 1984. № 6.

108. Ивченко, О.С. Завещание жизни / О.С. Ивченко // Домашний адвокат.- 2007.- № 7.

109. Игнатенко А.М., Сиафетдинова Ф.З. К вопросу о смысле жизни в молодости // Философия и проблемы современности: Сб. науч. статей / Отв. ред. Л.И. Тетюев. Саратов: Научная книга, 2003.

110. Ильин И.А. Сочинения в двух томах. Том 1. Философия права. Нравственная философия. М.: Московский философский фонд, «Медиум», 1993.

111. Иноземцев В.Л. Вестернизация как глобализация и «глобализация» как американизация // Вопросы философии. 2004. № 4.

112. Исупов К.Г. Русская философская танатология // Вопросы философии. 1994. №3.

113. Каган М.С. Философская теория ценности. СПб.: Петрополис, 1997.

114. Как защитить вашего ребёнка? М.: Даниловский благовестник, 2002.

115. Калиновский П. Переход. Последняя болезнь, смерть и после. — М.: Аксиос, 2002.

116. Кальченко, Н.В. Права человека и гражданина на жизнь и его гарантии в Российской Федерации: автореф. дис. канд. юрид. наук / Н.В. Кальченко.. СПб., 1995.

117. Камю А. Бунтующий человек. Философия. Политика. Искусство: Пер. с фр. М.: Политиздат, 1990.

118. Канон покаянный // Православный молитвослов и Псалтирь. - Смоленск: Посох, 1993.

119. Кант И. Антропология с прагматической точки зрения // Кант И. Соч. в 6-и тт. Том 6. М.: Мысль, 1966.

120. Кант И. Вопрос о том, стареет ли Земля с физической точки зрения // Кант И. Соч. в 6-и тт. Том 1. М.: Мысль, 1963.

121. Кант И. Критика практического разума // Соч. в 6-и тт. М.: Мысль, 1965. Том 4. Часть 1.

122. Кант И. Критика способности суждения // Соч. в 6-и тт. — М.: Мысль, 1966. Том 5.

123. Кант И. Критика чистого разума. М.: Мысль, 1994.

124. Капинис, О.С. Убийства: мотивы и цели / О.С. Капинис. М., 2003.

125. Карандашев, В. Жить без страха смерти / В.М. Карандашев. М., 2009.

126. Карасев Л.В. Входит и выходит (Вини Пух и Мюнхгаузен) // Вопросы философии. 2004. № 9.

127. Каратеев В.П. Философия. Курс лекций. Саратов: Изд-во Научная книга, 2001.

128. Карелин, Ю. Борьба за жизнь / Ю. Карелин // Новое время. 1989. № 31.

129. Карсавин Л.П. Малые сочинения. СПб.: Алетейя, 1994.

130. Карсавин Л.П. Религиозно-философский сочинения. Т. 1 / Сост. и вступ. ст. С.С. Хоружего. М.: Ренессанс, 1992..

131. Касавин И.Т. Познание в мире традиций. М.: Наука, 1990.

132. Касавин И.Т. Язык повседневности: между логикой и феноменологией // Вопросы философии. 2003. № 5.

133. Каширин В.И. Метарефлексия и метаобразование // Метаобразование как философская и педагогическая проблема. Сборник научных статей. -Ставрополь: Изд-во СГУ, 2001.

134. Кемп К.В. Эвтаназия. М., 2001.

135. Китанович Б. Планета и цивилизация в опасности. М.: Мысль, 1985.

136. Ковалев, М.И. Право на жизнь и на смерть / М.И. Ковалев М.И. //Государство и право. 1992. № 7.

137. Коган Л.А. Жизнь как бессмертие // Вопросы философии. 1994. № 12.
138. Коган Л.Н. Цель и смысл жизни человека. -М.: Мысль, 1984.
139. Кольберг, Л. Растерянное общество / Л. Кольберг. М., 1975.
140. Кондратьев Ф.В. Православно-этические аспекты эвтаназии. М., 1999.
141. Конев В.А. Онтология культуры (избранные работы). Самара: Изд-во Самарский университет, 1998.
142. Коновалова, Л.В. Биоэтика и экоэтика: материалам западной литературы / Коновалова Л.В.; РАН; Ин-т философии. М., 1998.
143. Конюшкина, Ю.А. Эвтаназия: основания для продолжения дискуссии / Ю.А. Конюшкина // Медицинское право.- 2003.- № 2.
144. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко и др. Психиатрия. М.: МЕДпресс-информ, 2002.
145. Красиков, А.Н. Уголовно-правовая охрана прав и свобод человека в России / А.Н. Красиков. Саратов, 2006.
146. Краткая философская энциклопедия / под ред. А.Ф. Губского. М., 1994.
147. Крыленко, Н.В. Обвинительные речи / Н.В. Крыленко.- М., 1978.
148. Кто кем побеждён, тот тому и раб // Калуга: Православный фонд, 1996.

149. Кузьменко Д. Бог управляет миром // Православная вера. 1996. № 23. С. 4. № 24.
150. Культин С. Е. Бессмертие: иллюзия или реальность? // Философские науки. 1991. №9.
151. Кучинский С.А. Человек моральный. М: 1989.
152. Кьеркегор С. Болезнь к смерти // Этическая мысль: Научно-публицистические чтения. М.: Политиздат, 1990.
153. Кьеркегор С. Страх и трепет. М.: ТЕРРА; Республика, 1998.
154. Кэйдиш, С. Разрешение пациентам умереть: правовые и моральные размышления / С. Кэйдиш // Право умереть. Нью-Йорк – Лондон. 2000.
155. Л. Карсавин *pro et contra* Б. Уильямса (проблема смерти и умирания в представлениях религиозного мыслителя и экзистенциалиста) // Проблемы философии, истории, культуры. Саратов: Изд-во СГТУ, 1996.
156. Лаврикова, И.Н. О смерти. О власти, а также некоторые размышления о пользе страха смерти / И.Н. Лаврикова.- Тверь, 2007.
157. Лаврин А. Рандеву со смертью // Еженедельник «Грани». 2002. № 74(224).
158. Ламонт К. Иллюзия бессмертия. М.: Политиздат, 1984.
159. Лапшин И.И. *Ars morendi* // Вопросы философии. 1994. № 3.
160. Леви-Строс К. Структурная антропология. М.: Наука, 1983.

161. Легенды и сказания Древней Греции и Древнего Рима. М., 2009.
162. Линник, Л.Н. Конституционное право на жизнь. Введение в теорию / Линник Л.Н.- Чебоксары, 1995.
163. Лиотар Ж.-Ф. Состояние постмодерна. М.: Институт экспериментальной социологии. - СПб.: Алетейя, 1998.
164. Лосев А.Ф. Философия. Мифология. Культура. М.: Политиздат, 1991.
165. Лосский Н.О. Бог и мировое зло. М.: Республика, 1994.
166. Лоусон Т., Гэррод Д. Социология. А-Я. Словарь-справочник. / Пер. с англ. К.С. Ткаченко. М.: ФАИР-ПРЕСС, 2000.
167. Малеина, М.Н. О праве на жизнь / М.Н. Малеина.- Государство и право. 1992. № 7.
168. Малеина, М.Н. Человек и медицина в современном праве / М.Н. Малеина.- М., 1995.
169. Мамардашвили Мераб. Лекции по античной философии. М.: Аграф, 1998.
170. Марков, Б.В. Живое и мертвое. Фигуры Танатоса: искусство умирания / Б.В. Марков.- СПб., 1998.
171. Матузов, Н.И. Право на жизнь в свете российских и международных стандартов / Н.И. Матузов // Правоведение.- 1998.- № 1.
172. Матяш, Д.В. Жизнь и смерть. Социально-философский анализ / Д.В. Матяш. Ростов н/Д, 2003.
173. Медведева И., Шишова Т. Логика Глобализма. М.: Изд-во храма Трёх Святителей на Кулишках, 2002.

174. Медведева И., Шишова Т. Приказано не рожать. Демографическая война против России. Саратов: Издательство Саратовской епархии, 2004.

175. Медицина и права человека. М., 2010.

176. Международный медицинский журнал. 2011.

177. Мелихов, О.Г. История и основные положения правил проведения клинических испытаний / О.Г. Мелихов, Д.Н. Прудников // Клиническая фармакология и терапия.- 1997. Т. 6. № 1.

178. Милеипа, М.Н. Уйти достойно / М.Н. Милеипа // Человек. 1993. №.2.

179. Миллард, Д.У. Эвтаназия: дебаты в Британии / Д.У. Миллард // Социальная и клиническая психиатрия.- 1996.- № 4.

180. Михеев, Р.И. Пути научного сотрудничества юристов и медиков на рубеже столетия /Р.И. Михеев Р.И. // Медицина и право: материалы конференции.- М., 1999.

181. Млечин, Л. Вы уверены, что хотите умереть? / Л. Млечин.- Новое время. 1989. № 31.

182. Моисеев Н.Н. Судьба цивилизации. Путь разума. М.: Яз. рус. культуры, 2000.

183. Монтень М. Опыты. М., 2011.

184. Мор, Т. Утопия: роман / Т. Мор; пер. с лат.- М., 1978.

185. На переломе. Философские дискуссии 20-х годов. Философия и мировоззрение / Сост. П.В. Алексеев. -М.: Политиздат, 1990.

186. Назаретян А.П. Архетип восставшего покойника как фактор социальной самоорганизации // Вопросы философии. 2002. № 11.
187. Налчаджян А.А. Загадка смерти. СПб.: Питер, 2004.
188. Неизлечимо больная англичанка умерла без разрешения [Электрон. ресурс].- Режим доступа: [http:// mednovosti. ru / news/2007/05/13/ pretty](http://mednovosti.ru/news/2007/05/13/pretty).
189. Неретина С.С. Смерть как условие бессмертия: этические парадоксы // Истина и благо: универсальное и сингулярное. М., 2002.
190. Несмелов, В.И. Наука о человеке / В.И. Несмелов. Казань, 1994. Т.1.
191. Никита Кожемяка // Русские сказки. Ташкент: Укитувчи, 1986.
192. Новгородцев П.И. Об общественном идеале. М.: Пресса, 1991.
193. Новый Завет и Псалтирь. М, 1990.
194. О человеческом в человеке. / Под общ. Ред. И.Т. Фролова. — М.: Политиздат, 1991.
195. Овчинский В.С. Криминалогия и биотехнология / В.С. Овчинский. М., 2005.
196. Огурцов А.П. Этика жизни или биоэтика: аксиологические альтернативы // Вопросы философии. 1994. № 3.
197. Панарин А.С. Испытание глобализмом. М.: ЭКСМО, 2003.
198. Папа Римский благословил эвтаназию [Электр. ресурс].- Режим доступа: [http://mednovosti.ru/news/2002/03/24/ pope](http://mednovosti.ru/news/2002/03/24/pope).



199. Паскаль, Б. Мысли / Б. Паскаль. М., 1989.
200. Пеллегрини, Э. Медицинская этика в США: настоящее и будущее / Э. Пеллегрини // Человек. 1990. № 2.
201. Петрик О. Курьёзы техники. Венгрия: Изд-во Академии Наук, 1985.
202. Петросян, М.Е. Эвтаназия как моральная и правовая проблема / М.Е. Петросян // Государство и право. 2006. № 4.
203. Печчеи А. Человеческие качества. М.: Прогресс, 1980.
204. Платон. Диалоги. Ростов-на-Дону: Феникс, 1998.
205. Плотин. О бессмертии души (Энн. 4.7.) // Вопросы философии, 1994. №3.
206. Попова, Л.М. Смерть мозга / Л.М. Попова // Большая медицинская энциклопедия. М., 1986. Т. 22.
207. Последний взгляд Бога // Российская газета, 2004. № 224 (3601).
208. Поттер, Р. Биоэтика - мост в будущее / Р. Поттер.- М., 2003.
209. Право умирающего человека на прекращение жизни //JAMA.- 2002.- октябрь.
210. Пригожин И. Философия нестабильности // Вопросы философии. 1991. №6.
211. Пришвин М.М. Когда били колокола. (Из дневников 1926-1932 годов) // Прометей: Ист.-биограф. альм. сер. «Жизнь замечат. людей». Т. 16: Тысячелетие русской книжности. — М.: Мол. гвардия, 1990.

212. Проблема человека в западной философии. Переводы. М.: Прогресс, 1988.

213. Проблемы иммортологии. Книга 2: Проблема бессмертия человека в русской философии: история и современность. / И.В. Вишев, В.П. Ярышкин, В.В. Минеев. Челябинск, 1994.

214. Прогресс», «Культура», 1994.

215. Проскурина, Я.С. Правовое регулирование эвтаназии и самоубийства при врачебном содействии в зарубежных странах / Я.С. Проскурина // Медицинское право. 2003. № 2.

216. Пушкарева Н.В. Жизненное пространство человека в глобальном социуме // Человек в глобальном мире: Сб. ст. молодых учёных. Саратов: Изд-во Сарат. ун-та, 2004.

217. Пчелинцева, Л.М. Семейное право России/ Пчелинцева Л.М. М., 2005.

218. Рассел Б. Почему я не христианин: Избранные атеист, произведения. -М.: Политиздат, 1987.

219. Рашковский Е.Б. Пласты нетерпимости: философские заметки // Вопросы философии. 2003. № 4.

220. Рейчеле, Дж. Активная и пассивная эвтаназия. Этическая мысль: научно-публицистические чтения / Дж. Рейчеле Дж.- М., 1990.

221. Рейчелс Дж. Активная и пассивная эвтаназия // Этическая мысль: Научно-публицистические чтения. М.: Политиздат, 1990.

222. Розанов В.В. Уединённое. М.: Политиздат, 1990.

223. Романовский, Г.Б. Момент смерти как юридическая фикция / Г.Б. Романовский // Медицинское право. 2006. № 2.

224. Романовский, Г.Б. Право на жизнь и право на самоубийство / Г.Б. Романовский // Медицинское право.- 2003.- № 1.

225. Российская Федерация. Законы. Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации: офиц. текст. М., 2005.

226. Российская Федерация. Законы. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях: офиц. текст: с учетом ФЗ № 80 от 2 июля 2005 г.; ФЗ № 93 от 21 июля 2005 г.; ФЗ № 113 от 21 июля 2005 г.; ФЗ № 120 от 22 июля 2005 г. М., 2005.

227. Российская Федерация. Законы. О донорстве крови и ее компонентах: федер. закон от 9 июня 1993 г. № 5142-1 // Ведомости СНД и ВС РФ. 1993. № 28. Ст. 1064.

228. Российская Федерация. Законы. О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании: федер. закон от 2 июля 1992 № 3185-1 // Ведомости СНД и ВС РФ. 1992. № 33. Ст. 1913.

229. Российская Федерация. Законы. О трансплантации органов и (или) тканей человека: федер. закон 22 дек. 1992 г. № 4180-1 // Ведомости СНД и ВС РФ. № 1993. № 2. Ст. 62.

230. Российская Федерация. Законы. Об основах государственной службы Российской Федерации: федер. закон от 31 июля 1995 г. // СЗ РФ. 1995. № 31. Ст. 2991.

231. Российская Федерация. Законы. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан: федер. закон от

22 июня 1993 г. № 5487-1 [ред. ФЗ от 2 марта 1998 г. № 30; ФЗ от 20 дек. 1999 № 214] // Ведомости Съезда народных депутатов РФ и Верховного Совета РФ.- 1993. № 33. Ст. 1318.

232. Российская Федерация. Законы. Семейный кодекс Российской Федерации: офиц. текст.- СПб., 2007.

233. Российская Федерация. Законы. Трудовой кодекс Российской Федерации: офиц. текст. М., 2004.

234. Российская Федерация. Законы. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации: офиц. текст (новая редакция). М., 2005.

235. Российская Федерация. Конституция (1993). Конституция Российской Федерации: офиц. текст. М., 2004.

236. Российское законодательство X - XX вв. Т. 9.

237. Ростовская М.Н. Наука об организации: три волны развития теории систем // Тектологический альманах. Выпуск 1. Труды международной научной конференции «Тектология в XXI веке». М.: Международный институт А. Богданова, 2001.

238. Рот, О. Клиническая терминология / О. Рот; пер. П.М. Ольхина.- СПб., 1898.

239. Роттердамский Э. Похвала глупости. М.: Советская Россия, 1991.

240. Роуз С. Душа после смерти. Киев: Издательство имени святителя Льва, папы Римского, 2003.

241. РСФСР. Законы. Уголовно-процессуальный кодекс РСФСР: офиц. текст: [ФЗ от 27 окт. 1960 г].- М., 1999.

242. РСФСР. Законы. О медицинском страховании граждан в Российской Федерации: федер. закон от 28 июня 1991 г. [в ред. ФЗ от 2 апр. 1993 г. № 4741- 1; ФЗ от 24 июня 1994 г.]// Ведомости СНД и ВС РСФСР. 1991. № 27. Ст. 920.

243. РСФСР. Законы. О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения: федер. закон 19 апр. 1991 г. № 1034-1 [ред. ФЗ от 19 июня 1995 г.] // Ведомости СНД и ВС РСФСР. 1991. № 20, ст. 641.

244. Русская защита. Нашумевшие уголовные процессы. Сенсационные аферы. М., 2008.

245. Русский космизм: Антология философской мысли / Сост. С.Г. Семеновой, А.Г. Гачевой. М.: Педагогика-пресс, 1993.

246. Рябушкин Н.В., Царегородцев Г.И. Наказание ли божье?: Медицина и религия. М.: Политиздат, 1988.

247. Сальников, В.П. Правовая танатология: научное издание. / В.П. Сальников, Э.В. Кузнецов, О.Э. Старовойтова; под общ. ред. В.П. Сальникова; Санкт-Петербургский университет МВД России; Академия права, экономики и безопасности жизнедеятельности, СПб., 2002.

248. Сафаров Г.Ш. Некоторые философские аспекты и концепции теории организации // Вопросы философии. 2004. № 4.

249. Сборник официальных документов ассоциации врачей России. М., 2011:

250. Сборник нормативных актов по охране здоровья граждан Российской Федерации / под редакцией проф. Ю.Д. Сергеева. М., 1995.

251. Святитель Феофан Затворник. Спасение в семейной жизни. М.: NBI, 1995.

252. Селянина, Ю.В. Методологические и социальные проблемы медицины и биологии / Ю.В. Селянина //Сборник научных трудов. М., 2000. Вып. № 12.

253. Сенека. Нравственные письма к Луциллию; Трагедии. М.: Худ. Литература, 1986.

254. Сергеев, Ю.Д. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи / Ю.Д. Сергеев, С.В. Ерофеев. М., 2001.

255. Сергеев, Ю.Д. Профессия врача. Юридические основы / Ю.Д. Сергеев. Киев, 1988.

256. Сергеев, Ю.Д. Юридическая защита прав и законных интересов граждан в сфере охраны здоровья: рекомендации для граждан и некоммерческих организаций по защите прав и интересов населения в области здоровья / Сергеев Ю.Д.- М., 1997.

257. Силуянова, И. Когда же наши врачи будут изучать биоэтику? / И. Силуянова, А. Иванюшкин, Б. Юдин // Врач. 1994. № 9.

258. Силуянова, И. Этика врачевания. Современная медицина и православие / И.В. Силуянова. М., 2001.

259. Силуянова, И.В. Современная медицина и православие / И.В. Силуянова. М.: Московское Подворье Свято-Троицкой Сергиевой Лавры, 1998.

260. Скиба М. Социальные проблемы потребительского рынка // Общество. Этнос. Образование. Сб. науч. трудов. Саратов: Научная книга, 2004.

261. Словарь русского языка / под ред. А.П. Евгеньева. М., 1985. Т.1.

262. Смерть и воскресение. Москва: Общество любителей церковной истории, 2002 г.

263. Смысл жизни в русской философии. Конец 19 начало 20 века. Отв. Редактор А.Ф. Замалеев. Сост. В.Г. Безносков. - СПб: Наука, 1995.

264. Смысл жизни: Антология. -М.: Прогресс, 1994.

265. Советский энциклопедический словарь. М., 1981.

266. Соловьёв Вл. С. Сочинения в двух томах. Том 2. М.: Мысль, 1988.

267. Соловьев, Вл. Три разговора о войне, прогресс и конце всемирной истории. В 2 т. Т. 2. / Вл. Соловьев. М.,1988.

268. Солодухо Н.М. Философия небытия. Казань: изд-во Казан, гос. техн. ун-та, 2002.

269. Столович Л.Н. Об общечеловеческих ценностях // Вопросы философии. 2004. № 7.

270. Ступаков, И.Н. Роль биомедицинской этики в практическом здравоохранении / И.Н. Ступаков // Медицинское право. 2007. № 1.

271. Суд добавил два года тюрьмы медсестре-убийце [Электр. ресурс].- Режим доступа: <http://mednovosti.ru/news/2003/10/16/malevre>.

272. Судо Ж. Эвтаназия / Ж. Судо. М., 2001.

273. Существование и деятельность в определении ценностного отношения. Пермь: Изд-во Перм. гос. ун-та, 2002.

274. Тайны загробной жизни. Сост. Е. Басаргина. СПб. ТОО «Диамант», АОЗТ «Золотой век», 1995.

275. Тарабарко, Н.В. Критерии биологической смерти. Методы оценки потенциального донора. Трансплантология: руководство / Н.В. Тарабарко; под ред. акад. В.И.Шумакова. М., 1995.

276. Тищенко, П.Д. Право на помощь и право на жизнь / П.Д. Тищенко // Человек. 1992. № 6.

277. Толстоухов А.В. Глобальный социальный контекст и контуры эко-будущего // Вопросы философии. 2003. № 8.

278. Тоффлер А. Футурошок. СПб.: Лань, 1997.

279. Трегубов, Л. Эстетика самоубийства / Л. Трегубов, Ю. Вагин.- Пермь, 1993.

280. Трубецкой Е.М. Смысл жизни. М.: Республика, 1994.

281. Трубецкой С.Н. Сочинения / Сост., ред. и вступ. статья П.П. Гайденко; Примеч. П.П. Гайденко, Д.Е. Афиногенова. -М.: Мысль, 1994.

282. Трубников Н.Н. О смысле жизни и смерти. М.: Российская политическая энциклопедия (РОССПЭН), 1996.



283. Уголовное право зарубежных стран. Общая часть. М., 2009.

284. Уиклер, Д. На грани жизни и смерти: краткий очерк современной биоэтики в США / Д. Уиклер, Д. Брок. М., 1989.

285. Уолкер, А.Э. Смерть мозга / А.Э. Уолкер А.Э.; под ред. проф. А.М.Гурвича; пер. с англ. М., 1988.

286. Устав ООН (подписан 26 июня 1945 г. в Сан-Франциско, вступил в силу 24 октября 1945 г.). М., 1992.

287. Утченко С.Л. Цицерон и его время. 2-е изд. - М.: Мысль, 1986.

288. Федоров, Н.Ф. Философия общего дела / Н.Ф. Федоров. М., 1982.

289. Феномен человека: Антология / Сост., вступ. ст. П.С. Гурвича. М.: Высш. шк., 1993.

290. Фигуры Танатоса: Искусство умирания: Сб. ст. / С.-Петерб. гос. ун-т. Каф. филос. антропологии и др.; Под общ. ред. А.В. Демичева, М.С. Уварова. СПб.: Изд-во СПбГУ, 1998.

291. Филимонов В.П. Архипастыри, пастыри и монашествующие Русской Православной Церкви о глобализации и цифровом кодировании людей. -М.: Вектор, 2004.

292. Философия смерти. С.-П.: СПИКС, 1994.

293. Философская энциклопедия в 5-ти т. Т.4.

294. Философские размышления на тему смерти: Сб. ст.. СПб.: С.-Петерб. ун-т, 1992.

295. Фрагменты ранних греческих философов. М.: Наука, 1989.

296. Франк С.Л. Ересь утопизма // Квинтэссенция: Филос. альманах, 1991. М.: Политиздат, 1992.
297. Франк С.Л. Непостижимое. Сочинения. М.: Правда, 1990.
298. Франк С.Л. Смысл жизни. М.: ООО «Издательство АСТ», 2004.
299. Франк, С.Л. Духовные основы общества / С.Л. Франк. М., 1992.
300. Франк, С.Л. Душа человека / С.Л. Франк. М., 1995.
301. Французские пациенты получают право на смерть [Электр. ресурс].- Режим доступа: <http://mednovosti.ru/news/2004/08/30/euthanasia>.
302. Фрезер Дж.Дж. Фольклор в Ветхом Завете. М.: Политиздат, 1990.
303. Фрейд З. Мы и смерть. По ту сторону принципа наслаждения. / Сергей Рязанцев. Танатология наука о смерти. Под общ. Ред. М.М. Решетникова. - СПб: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 1994.
304. Фрейд З. Психология бессознательного. М.: Просвещение, 1990.
305. Фролькис В.В. Старение и увеличение продолжительности жизни. -Ленинград: 1988.
306. Фромм Э. Душа человека. М.: Республика, 1992.
307. Фуко, М. История безумия в классическую эпоху / М. Фуко. СПб., 1997.

308. Фут, Ф. Эвтаназия / Ф. Фут // Научные доклады высшей школы. Сер.: Философские науки. 1990. № 6.
309. Хайдеггер М. Бытие и время. М.: Фолио, 2003.
310. Хайдеггер М. Что такое метафизика? // Хайдеггер М. Время и бытие: Статьи и выступления. М.: Республика, 1993.
311. Харакас, С. Православие и биоэтика/С. Харакас // Человек. 1994. № 2.
312. Хартия прав человека: всеобщая декларация прав человека //Сборник нормативных актов по охране здоровья граждан Российской Федерации / под редакцией проф. Ю.Д. Сергеева. М., 2005.
313. Хоружий С.С. Человек и его три дальних удела. Новая антропология на базе древнего опыта // Вопросы философии. 2003. № 1.
314. Церковь и медицина: на пороге третьего тысячелетия. — Мн.: Издательство Белорусского экзархата, 1999.
315. Человек: Мыслители прошлого и настоящего о его жизни, смерти и бессмертии. Древний мир эпоха Просвещения / Редкол.: И.Т.Фролов и др.; Сост. П. С. Гуревич. -М.: Политиздат, 1991.
316. Черносвитов, Е.В. Социальная медицина / Е.В. Черносвитов. М., 2000.
317. Чистяков, Г. Умирание или эвтаназия / Г.Чистяков // Русская мысль.- 1998. № 42.
318. Что есть смерть // Российская газета. 2003. № 80 (3194).
319. Чудновский В.С., Чистяков Н.Ф. Основы психиатрии. Ростов-на-Дону: Феникс, 1997.

320. Чхартишвили, Г. Писатель и самоубийство / Г. Чхартишвили. М., 2000.

321. Швейгер-Лерхенфельд, А.Ф. Женщина, ее жизнь, нравы и общественное положение у всех народов земного шара / А.Ф. Швейгер-Лерхенфельд. М., 1998.

322. Швейцарцы подвергли эвтаназии относительно здоровых британцев [Электр. ресурс].- Режим доступа: <http://mednovosti.ru/news/2011/09/03/swiss>.

323. Швейцер А. Упадок и возрождение культуры // Швейцер А. Благоговение перед жизнью. М.: Прогресс, 1992.

324. Шевцов, В.С. Права человека и государство в Российской Федерации / В.С. Шевцов.- М., 2002.

325. Шевчук, С.С. Некоторые проблемы правового регулирования применения искусственных методов репродукции / С.С. Шевчук // Медицинское право. 2007. № 1.

326. Шенкао М. А. Основы философской танатологии / М.А. Шенкао; Карачаево-Черкес. гос. технол. ин-т. Черкесск: Изд-во Карачаево-Черкес. гос. технол. ин-та, 2002.

327. Шенкао М.А. Смерть как социокультурный феномен. К.: Ника-Центр, Эльга; М.: Старклайт, 2003.

328. Шенкер Д. Механическое самоубийство, законодательство об эвтаназии и оздоровительный кризис. М., 2009.

329. Шопенгауэр А. Мысли. М.: ООО «Издательство АСТ», 2003.

330. Шопенгауэр А. Смерть и её отношение к неразрушимости нашего существа // Избранные произведения. М.: Просвещение, 1993.
331. Шопенгауэр, А. Антология мировой философии / А. Шопенгауэр. М., 1971.
332. Шубин Б.М., Грицман Ю.Я. Легенды и правда о раке. М.: 1978.
333. Щукин В.Г. О философском образе мира (философские заметки) // Вопросы философии. 2004. № 10.
334. Этический Кодекс российского врача. М., 2010.
335. Юдин, Б.Г. Социальная институционализация биоэтики / Б.Г. Юдин // Биоэтика: проблемы и перспективы. М., 1992.
336. Якимец К.И. Своё и чужое // Вопросы философии. 2003. № 11.
337. Якимец К.И. Слово «Я» // Вопросы философии. 2004. № 9.
338. Якимович А.К. «Свой» «Чужой» в системах культуры // Вопросы философии. 2003. № 4.
339. Яркова Е.Н. Утилитаризм как тип культуры: концептуальные параметры и специфика России. Новосибирск: Сибирский Хронограф, 2001.
340. American Pocket Medical Dictionary. Philadelphia.London: Saunders, 1953.
341. Annas G. Some Choice: Law, Medicine, and the Market. Oxford – New York, 1998.
342. Encyclopedia Americana. N.Y., 1944. v. 10.

343. Encyclopedia Britanica. London, 1994. v. 4.
344. Graboys T.E., Blatt C.M. Angina Pectoris: Management Strategies and Guide to Interventions. Second Edition. Harvard School of Public Health, 1997.
345. Humphry D., Wickett A. The right to die: Understanding euthanasia / D. Humphry, Wickett A.- L.: Bodley Head, 1986.
346. Kenis Y. L'euthanasie, le droit, la deontologie et la morale / Y. Kenis // Bioethique et libre - examen. Bruxelles/- 1988.
347. Peterson E.D., Lansky A.J., Anstrom K.J. et. al. Clinical investigations outcome, health policy, and managed care. //Am-Heart-J 2000, Feb; 139(2)327-320.
348. William W. O'Neill, Royal Oar, Michigan. When Should We Start Randomized Trails for New Devices? Journal of the American College of Cardiology, 1999, № 4.