

ИСТОРИЯ И МЕДИЦИНА

УДК 614.253:008

ПРОБЛЕМА ЭВТАНАЗИИ В БИОЭТИКЕ И МЕДИЦИНЕ КАК ПРЕДПОСЫЛКА АКСИОМАТИЗАЦИИ КУЛЬТУРЫ

В.А. Рыбин

Челябинский государственный университет

Абстракт. Статья посвящена философскому обоснованию феномена эвтаназии в качестве междисциплинарной общекультурной проблемы. Будучи принадлежностью медицинской сферы, проблема эвтаназии одновременно включена в обширный социокультурный контекст, поэтому ее решение требует выхода за пределы биоэтического подхода с присущей ему фиксированной дуалистической установкой и обоснования в параметрах монокультурной аксиоматики, аналогом которой в медицине является Клятва Гиппократата.

Ключевые слова: эвтаназия, медицина, биоэтика, дуализм, культура, аксиоматизация, Клятва Гиппократата.

THE PROBLEM OF EUTHANASIA IN BIOETHICS AND MEDICINE AS A PRECONDITION OF CULTURE AXIOMATING

V.A. Rybin

Abstract. The article is devoted to a philosophical substantiation of the phenomenon of euthanasia as an interdisciplinary universal cultural problem. Being related to the sphere of medicine, the problem of euthanasia is also embedded in broad social and cultural context. Therefore, its solution implies transcending the bioethical approach with its inherent dualism. Moreover, this solution requires to be substantiated by means of the parameters of mono-cultural axiomatics, whose analogue in medicine is the Hippocratic Oath.

Key words: euthanasia, medicine, bioethics, dualism, culture, axiomating, Hippocratic Oath.

1. Постановка проблемы

Эвтаназия – это намеренное, целенаправленное ускорение смерти тяжелобольного пациента, осуществляемое руками врачей и обосновываемое, как правило, соображениями безнадёжности его состояния и избавления его от страданий. Она предполагает действия медиков, непосредственно ведущие к летальному исходу (*активная эвтаназия*), либо подразумевает оказание медицинской помощи для продления жизни больного, т. е. бездействие медиков в тех случаях, когда врачебное содействие является безусловно необходимым (*пассивная эвтаназия*). Иногда под эвтаназией понимают и содействие при самоубийстве, тогда она соответствует определению "легкая смерть", согласно исходному смыслу этого термина, введенного в употребление Ф. Бэконом в XVII в.

На протяжении 2500 лет эвтаназия оставалась под безусловным запретом в медицине,

осуждалась обществом и преследовалась по закону, о чем, в частности, свидетельствовал обвинительный приговор по делу нацистских медиков, практиковавших эвтаназию в нацистской Германии 30-х гг. XX в. в рамках доктрины "расовой гигиены". Однако начиная с 70-х гг. XX в. отношение к эвтаназии стало постепенно меняться, что выразилось в ряде случаев прекращения жизнеподдерживающих мероприятий у тяжелых больных, судебных решениях по этому поводу, череде дискуссий, открыто поставивших под сомнение авторитет сложившихся нормативов и гуманистической традиции в целом. Хотя к началу XXI в. единственной страной, где легализованы все формы эвтаназии, остаются Нидерланды (в 2002 г. соответствующий закон принят и в Бельгии), отношение к эвтаназии, особенно в пассивной форме, становится все более лояльным, а требования по введению ее в институт "практического гуманизма", каковым

(18)

до сих пор повсеместно была медицина, усиливаются.

Эвтаназия превратилась в проблему, актуальную не только для медицины, но и для всей современной культуры, показателем чего является тот факт, что на протяжении последних 10–15 лет эвтаназия неизменно занимает в массовом сознании одно из первых мест по "сенсационности" (хотя с недавнего времени ее несколько потеснила проблема клонирования человека и искусственного бессмертия).

Почему же именно эвтаназия так будоражит массовое и специализированное сознание? Современная культура становится все более медиализированной. Существование человека с момента его рождения вплоть до момента смерти протекает теперь под пристальным и постоянным наблюдением врачей. Биомедицинские технологии внедряются в самые глубинные механизмы функционирования человеческого организма, в закономерности воспроизводства его наследственности, оказывая влияние на само будущее человеческого рода. Воздействие на природное начало в человеке оказывается все более изощренным, но при этом и более агрессивным, а последствия – все более рискованными и опасными, что закономерно ставит вопрос о "разметке" границы между допустимым и недопустимым в этом процессе, о его критериях и регуляторах. Проблема эвтаназии как наиболее наглядное и последовательное – "терминальное" – выражение данных тенденций представляет собой, таким образом, выведенную в сферу медицины "верхушку айсберга" тех "антропологических" коллизий, которые порождаются самим ускорением научно-технического прогресса.

До сих пор регуляторы процесса воздействия на человеческую телесность и психику заимствовались из арсенала самой медицины. Медицина, как никакая другая сфера культуры, является нравственно нагруженной, поскольку все ее "знания", воплощенные в теориях и инструментальных методиках, прилагаются непосредственно к человеку. Начиная с V в. до н. э. все лечебные методики, составлявшие практический арсенал европейской медицины, контролировались рядом обращенных к врачу этических – "ценностных" императивов, сложившихся в Клятву Гиппократова: "исцели", "не вреди", "делай благо", "сохраняй жизнь". Причем последний императив содержит в себе и недвусмысленный запрет на эвтаназию: "Я никому не дам смертельного средства и не покажу путей для реализации подобного замысла", – говорится в оригинальном тексте Клятвы Гиппократова. Но в наши дни значимость внутримедицинских регуляторов снижается, о чем свидетельствует тот факт, что в большинстве западных стран Клятва Гиппократова с ее

"этическим максимумом", требующим от врача оставаться специалистом все 24 часа в сутки и жестко следовать всем заключенным в ней императивам, постепенно исключается из процесса преподавания и практики медицины [5], а на ее место вводится корпоративный профессиональный кодекс по образцу кодексов для всех иных специалистов, таких как авиадиспетчеры, журналисты, работники торговли и др., которые придерживаются нормативов своей профессии лишь на своем рабочем месте и только в рабочее время. Тем самым в медицине размывается сложившаяся более 2500 лет назад и успешно функционировавшая все это время форма единства "знаний" и "ценностей".

Резонно предположить, что актуализация проблемы эвтаназии не является случайностью, но обусловлена глубинными социокультурными тенденциями. Иными словами, предсказанная Ф. Ницше "переоценка всех ценностей" затронула теперь и медицину.

2. Противоречия биоэтики

Показательно, что мировоззренческая оценка проблемы эвтаназии выведена теперь из сферы специализированной медицины и, наряду с иными проблемами биомедицинского плана, передоверена новой дисциплине – биоэтике, которую принято рассматривать как новое направление социогуманитарного знания. История биоэтики в той форме, какую она приняла в нашей стране, отсчитывается с 1989 г. – с момента выхода на русском языке популярного "Краткого очерка современной биоэтики в США" (Д. Уиклер и соавт.), где необходимость выделения биоэтики связывалась с нравственными коллизиями, возникающими в современном обществе вследствие внедрения новых медицинских технологий: жизнеподдерживающее лечение и его перспективы, новые репродуктивные технологии и вмешательство в наследственность, проблема определения смерти, эвтаназия, нравственные аспекты трансплантологии, пределы биомедицинского эксперимента, изменение традиционной модели отношений между врачом и больным и т. д. В идеале биоэтика по мысли ее инициаторов должна была стать единством социального института, научно-практического знания и даже общественного движения, привлекающего людей к заинтересованному диалогу по вопросам научно-технического прогресса и его результатов [12].

Разумеется, становление биоэтики в России наложило на мощную отечественную традицию профессиональной медицинской этики, как и на интенсивное осмысление данных тем в ряде дискуссий 60–80-х гг. XX в. по проблемам человека, биомедицинского контроля, этики науки, в которых активно участвовали инициаторы станов-

ления у нас биоэтики в качестве специальной дисциплины (И.Т. Фролов, Б.Г. Юдин, А.А. Гусейнов и др.). Но нельзя не отметить, что перечень проблем и характер аргументации – сам способ "подачи материала", утвердившийся с тех пор и закрепившийся во всех пособиях и учебниках по биоэтике, – соответствуют логике изложения, представленной в той тонкой книжке, авторы которой, между прочим, не отрицали, что в сфере медицины "биоэтика не дает приемлемой для всех случаев методологии решения этических проблем" [Там же].

Обосновать возможность этического контроля в биомедицинском воздействии на человека в современных условиях – такая *сверхзадача* ставилась при возникновении биоэтики. А это ни много, ни мало, как долгожданная реализация столь актуальной в условиях ускоряющегося научно-технического прогресса модели продуктивного взаимодействия знаний и ценностей, теории и практики, науки и нравственности и т. д. И эта сверхзадача могла бы считаться решенной, если бы, в частности, был дан обоснованный ответ на вопрос о критериях допустимости, или, наоборот, недопустимости эвтаназии, или, по крайней мере, об определении того социокультурного "поля", на котором эти критерии необходимо вырабатывать, поскольку, как уже было сказано, проблема эвтаназии в предельном виде концентрирует в себе антропологически представленные противоречия современности, выражаясь в виде конфликта между нормами нравственности, с одной стороны, и возможностями технологий – с другой.

С момента первых попыток разрешить проблему эвтаназии в рамках биоэтики прошло более 15 лет, и пора подводить итоги. Если рассматривать "просветительский" эффект становления биоэтики, то здесь успех налицо: выпущены учебники и пособия, изданы материалы дискуссий, инициирован процесс создания этических комитетов в больницах и клиниках, в массовое сознание постепенно проникает установка на грамотное и научно обоснованное ознакомление с биомедицинскими проблемами. Но что касается углубленного теоретического их осмысления – той определенной выше *сверхзадачи* – тут прогресс скорее сомнителен.

Проблема эвтаназии? – В принципе в отечественной медицине за редким исключением нет сторонников эвтаназии. Однако нет и полной ясности по этому вопросу. Да и могла ли она быть изначально? Ведь биоэтика утверждалась как осмысление отдельных случаев, "мораль казусов": "Логика построения биоэтики – это не логика приложения нормативно-теоретического знания, а логика осмысления прецедента" [2; с. 27].

Давайте посмотрим, каким образом строится изложение проблемы в новейших и уже неоднократно переизданных учебниках и учебных по-

собиях (см. соответствующие разделы в "Этике" Гусейнова А.А. и Апресяна Р.Г. – М., 1999 и "Этике" под ред. Гусейнова А.А. и Дубко Е.Л. – М., 1999; во "Введении в биоэтику" под ред. Юдина Б.Г. и Тищенко П.Д. – М., 1998): дается классификация, рассматриваются возможные ситуации и соответственно им выдвигаются аргументы "за" или "против", количество которых при подобном индуктивно-перечислительном подходе, во-первых, может уходить в бесконечность, а во-вторых, может варьироваться в зависимости от желаний сторонников той или иной точки зрения и которые в результате не обладают убедительностью. Да и сами авторы признают, что в случае эвтаназии "речь идет о проблеме, которая не решается в рамках логически строгих и эмпирически достоверных суждений" [13; с. 475]. Кроме того, эвтаназия уже вошла в практику медицины как раз в странах протестантской культуры (Нидерланды, частично США) с ее традициями строгого рассудочного рационализма.

Но, наверное, самым важным доказательством методологического неуспеха биоэтики является тот факт, что сами инициаторы ее введения в России в начале 90-х гг. XX в., с энтузиазмом воспринявшие саму возможность широкого обсуждения в качестве универсального условия продуктивного поиска, сегодня четко разделились на два противостоящих лагеря – "традиционалистов" и "либералов", принимая в качестве доказательных только собственные аргументы. Первые апеллируют к религиозным ценностям, и, соотнося новые медицинские практики "с внутренним духом и строем Православия") [9; с. 11], требуют абсолютного запрета эвтаназии, а вторые следуют западной либеральной традиции и выводят право на эвтаназию из автономии личности, включая право распоряжаться собственной жизнью [4]. В более широком кругу теоретиков, исповедующих биоэтическую парадигму, одни авторы склоняются к полному запрету большинства принципиальных технологических инноваций, другие, не будучи столь категоричными, все же высказывают скепсис и сомнение в их продуктивности (тех и других Х. Гулинг, специалист по моральной философии из Университета Хельсинки, определяет как "пессимистов"), третьи ("оптимисты", по классификации Х. Гулинг) с энтузиазмом воспринимают перспективу вмешательства во все механизмы функционирования организма человека [3], а иные склоняются к созерцательно-стоической позиции.

Между собой, таким образом, не могут договориться даже теоретики, что делает сомнительным продуктивность широкого, выходящего за рамки медицинского сообщества обсуждения, которое совсем недавно представлялось относительно несложным делом согласно обрисованной в начале 90-х гг. XX в. идиллической картине,

(18)

когда "в острейших биоэтических дискуссиях на равных принимают участие врачи, философы, юристы, теологи, политики, экономисты и другие специалисты. В этих горячих спорах на равных со специалистами участвуют пациенты, члены их семей, представители общественности" [11; с. 64].

Создается впечатление, что биоэтика, вытолкнувшись на какую-то невидимый внутренний барьер и остановилась в своем развитии. И, надо добавить, не могла не остановиться, ибо в ней *аксиоматически, но некритично* была принята точка зрения западного автономизированного индивида и соответствующая ей концепция "прав человека" [7], в сфере медицины представленная как установки биоэтики. Но между тем сама *данная точка зрения является не абсолютной, а относительной*, причем наиболее радикальные практические выводы из нее характерны только для тех стран, где автономизация индивида достигла крайней степени (как, например, в Нидерландах, которые даже среди западных стран выделяются крайним либерализмом в отношении "прав человека", легализуя наркотики и однополые браки), и, следовательно, *абсолютизируя ее, биоэтика не рефлексирует на собственные предпосылки и потому в лучшем случае способна лишь описать проблему, но не в силах указать пути ее решения.*

3. Модель современной медицины

Отсюда возникает вопрос: обладает ли сама медицина собственными внутренними ресурсами для решения проблемы эвтаназии?

Модель медицины, исправно действовавшая до последних десятилетий XX в., когда открыто заговорили о ее кризисе, строилась на базе естествознания, а соответствующее ей понимание человека восходило к концепции "естественного человека", когда пациент рассматривался как организм, т. е. физическое тело (фактически "человек-машина"), его здоровье идентифицировалось с работоспособностью по образцу моноорудийных операций (как мускульного, так и мыслительного типа), а лечение рассматривалось как процесс устранения "поломок", возникающих в теле в результате повреждающего воздействия – болезни.

Такая медицина закономерно распалась на две части: на "технологии", т. е. теорию и практику лечения (клиническую медицину), занятую исправлением "поломок" в механизме человеческого тела; и на "деонтологию" (медицинскую этику), т. е. свод гуманистических нормативов, которые в виде идей врачебного долга надстраивались над практикой. Не трудно увидеть, что в этой дуализированной модели воспроизводится аксиоматическая матрица новоевропейской

культуры – декартовская мировоззренческая призма, разделяющая мир (и человека) на две – мыслительную и вещественную – субстанции, откуда закономерно вытекают взаимодополняющие друг друга и приобретающие вид "естественных" очевидностей оппозиции "природы" и "культуры", "тела" и "души", "знаний" и "ценностей" и т. д.

В поле зрения этой естественнонаучной медицины, редуцирующей "человека" к "машине", включались только те люди, у которых представлялось возможным восстановить норму *трудо(машино)-способности*; все иные категории пациентов (данная установка оставалась неизменной вплоть до последних десятилетий) интересовали ее слабо. В рамках данной модели эвтаназия в сущности представала действием вполне рациональным и не практиковалась лишь по причине того, что с устранением "неперспективных" в плане трудоспособности пациентов вполне справлялся процесс "естественной" смертности, в составе которой доминировали тяжелые (неизлечимые) организменные (соматические) заболевания, в основном инфекционного генеза.

Но в современную эпоху, когда медицина начинает работать с состояниями, выходящими за пределы "природно" обусловленного здоровья, и сама в нарастающей степени формирует в организме "культурообусловленные" состояния (драматическими примерами которых может служить "протезирование" жизненных функций в организме людей, безнадежно утративших сознание), постепенно начинает осознаваться тот факт, что человек – это нечто большее, нежели его физическое тело, а его способность к труду и его здоровье – это не сугубо индивидуальные качества, вытекающие из врожденных "естественно-природных" задатков, но "культивируемые" свойства, в полном смысле слова создающиеся и проявляющие себя в культуре. В профилактической медицине, прежде всего, в сфере эпидемиологии, данное обстоятельство было осознано более 150 лет назад (что избавило человечество от эпидемий, вызываемых "особо опасными инфекциями"), но соматическая медицина до сих пор работала и продолжает фактически работать только с больным человеком, а про здоровье конкретно она может сказать только то, что "это – не болезнь", ограничиваясь предельно абстрактным ВОЗовским определением здоровья как состояния физического, психического и социального благополучия, которое не содержит в себе четких функциональных критериев. Таким образом, понятие о человеке, выкроенное по образцу дуализированной декартовской матрицы и ставшее основанием естественнонаучной медицины, в наши дни оказывается узким, не соответствующим реальным потребностям медицины и культуры в целом.

Объективно возникает потребность в новой модели медицины, в которой был бы осознан и формализован тот факт, что жизнь и смерть стали управляемым процессом и, следовательно, предметом ценностно-обусловленного выбора в культуре. Сама проблематизация эвтаназии – указатель на возникновение этой качественно новой социокультурной ситуации, требующей мировоззренческой трансформации. Кризис в современной медицине и культуре, концентрирующийся в проблеме эвтаназии, лишь на первый взгляд порожден внутридисциплинарным конфликтом между "нормами" и "технологиями", "ценностями" и "знаниями", а на более глубоком уровне обусловлен ограниченностью самой новейшей европейской мировоззренческой оптики, располусовывающей бытие на оппозиции "природы" и "культуры", "естественного" и "искусственного", "знаний" и "ценностей". Такой поворот требует иной аксиоматики – уже не дуалистической, а выстроенной на едином основании. Возникает запрос на новое аксиоматизирующее основание, которое могло снять это разделение в составе целостности более высокого порядка.

И медицина содержит в себе аналог такого основания – это Клятва Гиппократова.

4. Смысл Клятвы Гиппократова

За внешней видимостью взаимодополнения "ценностей" и "знаний" в медицине, за ее разделенностью на "медицинскую этику" и "клинику" в ней всегда присутствовало монистическое основание, ибо начиная с античности все технологии так или иначе охватывались и регулировались Клятвой Гиппократова.

Клятва Гиппократова – это та "антропологическая добавка" к целительным технологиям, которая при становлении медицины в Древней Греции в V в. до н. э. ввела все многообразие эмпирически накопленных лечебных манипуляций в единое русло и превратила приращение лечебного опыта в поступательный процесс, создав в конце концов современную медицину и с ее безусловными успехами, и с ее проблемами, порожденными самими этими успехами, тогда как лишены этой добавки все способы целительства (достаточно изощренные, как на Древнем Востоке), так и остались на уровне частных эмпирических практик и не получили дальнейшего развития. Клятва Гиппократова по своему смыслу нацелена на "образование" – культивирование врача не только в качестве специалиста-профессионала, но в качестве человека, *нравственно* настроенного на другого человека (на пациента).

Тем самым Клятва Гиппократова преобразует предметно-ориентированные лечебные манипуляции в медицину как субъектно-ориентированную деятельность – в *рефлексивную практику*.

С этой точки зрения все лечебные методики, предшествовавшие древнегреческой медицине, не были медициной в полном смысле этого слова как при всей своей лечебной эффективности не являются медициной любое неквалифицированное целительство, манипуляции вертебропатии или заговоры знахаря.

Это значит, что *в своем становлении медицина шла не от "природы", но непосредственно от нравственности, от человека, то есть от "культуры", и в своих глубинных основаниях никогда не определялась доминированием естествознания*.

Но в таком случае следует объяснить дуализированность современной медицины, в которой преобладание естественнонаучного компонента представляется несомненным. А для этого надо представить развитие медицины как часть общего процесса развития новейшей европейской культуры.

5. Медицина в контексте теории культуры

По выражению П. Флоренского, человеческое мышление как теоретический "конспект" мира явно или имплицитно работает на уровне целостности, пытаясь проникнуть в связи, в начала и следствия всех вещей в мире, организовать их взаимодействие и в конечном счете уподобить их себе – "окультурить". Первичный *абстрактный охват целостности мира и его последующая предметная конкретизация* – это два мировоззренческих параметра, имманентных человеческому присутствию в мире и задающих исторически конкретные способы понимания и воплощения *всеобщего*.

Не обладая потенциалом для мгновенного очеловечивания мира во всей его полноте, общечеловеческая культура в процессе своего становления овладевает им обходным путем – через дифференцирование и перегруппировку своих компонентов, разделяясь на две части – на гуманитарно-художественную и технико-научную культуры (постепенно нарастающее противостояние которых уже в наше время доходит до предела). Каждая из этих частей сосредотачивается на собственном участке соответственно доминированию своего исходного – соответственно *абстрагирующего* или *конкретизирующего* полюса. Если художественно-гуманитарная культура сосредотачивается преимущественно на человеке, то научно-техническая – на природе. Если назначение первой состоит в нормативном очерчивании той сферы, "где" надо искать, то второй – в определении предметностей (искомого "что") и выстраивании технологии овладения ими. *Но по сути и там, и тут речь идет лишь о различных сферах единой по основаниям деятельности человека разумного, результаты которой складываются в культуру*.

Однако поначалу мир перед человеком расширяется столь широко, что сам образ человека как мера, стягивающая культуру в целостность, улетучивается из сферы теоретического осознания. В научно-технической культуре, значимой жизненно практически и, на первый взгляд, более важной, чем культура художественно-гуманитарная, начиная с Нового времени человек вообще "выводится за скобки". И поначалу тут нет беды, поскольку вплоть до середины XX в. "природа" представляла собой огромный резервуар еще непознанных, открытых для последующей научной конкретизации закономерностей, откуда человек, казалось бы, мог бесконечно черпать для себя блага, не задумываясь о последствиях, не "оглядываясь на себя".

Но для медицины, которая в качестве своего главного предмета предполагает самого человека, такая односторонне-предметная ориентация была бы губительной, поскольку, устранившись от антропологического компонента, т. е. от образа человека, который нравственно удерживается Клятвой Гиппократова, и объективистски сосредоточившись лишь на "природе", т. е. на его теле, на организме, медицина превратилась бы в частичное, селективное манипулирование, подобное уродующим приемам "компрачикосов" из романа Виктора Гюго "Человек, который смеется". Поэтому медицина раньше всех иных сфер культуры разделяется на "нормы" и "технологии" и дольше всех через Клятву Гиппократова удерживает их в нерасторжимом, хотя противоречивом и подвижном единстве.

По сути "нормы" в медицине, выраженные императивами Клятвы Гиппократова, описывают пределы контролируемого "технологического" вмешательства человека-профессионала в измененную среду человека-пациента, отделяя в ней то, что является уже "очеловеченным", конкретизированным и воспроизводимым, от того, что является "неокультуренным", абстрактным и неконтролируемым, хотя и включенным в сферу культуры. В медицине любая манипуляция может осуществляться только в рамках этих норм, и каждая практически прилагаемая к человеку инновация должна доказать свое право на существование через "добро" со стороны медицинского этического кодекса. Медицинские "технологии" прирастают долгим опытом индуктивных обобщений, и поначалу, когда объем познания в человеке еще мал и "технологии", следовательно, недостаточно развиты, в медицине почти целиком доминируют "нормы". "Кто успевает в науках и отстает в нравственности, тот более вреден, чем полезен", – говорится в Кодексе гиппократовской школы врачей [10]. Но по мере прирастания коллективного опыта, прежде всего, по ходу становления новоевропейской

науки, знания о "механике" человеческого тела и вырастающие на их основе технологии все больше выходят на "оперативный простор", переставая нуждаться в нормах, которые через традиционную форму "нормативных" запретов очерчивали в медицине недоступные для успешного манипулирования фрагменты "природности" человеческого организма. Так создается иллюзия, что "медицина – это социальное естествознание" [8]. В современных же условиях, когда "естественные" начала во внешней природе и во внутренней природе самого человека все больше снимаются "искусственными", а последние сами становятся на место природы, нормы утрачивают прежнюю принудительность и вообще "улетучиваются": Клятва Гиппократова исключается из практики медицины, а эвтаназия, как следствие, легализуется, демонстрируя крайности односторонне-технической устремленности западно-европейской цивилизации. Сама же медицина, как и культура в целом, испытывается на верность своим гуманистическим идеалам.

В общекультурном контексте это означает, что задаваемые дуалистической мировоззренческой установкой сложившиеся в новоевропейской культуре формы духовно-практического отношения к миру вступают в противоречие со стремительно расширяющимися измерениями современной реальности, а сохранение прежних мировоззренческих параметров оборачивается теоретической и жизненно-практической дезориентацией автономизирующегося агента культуры в новых социокультурных пространствах.

6. О принципах аксиоматизации культуры

Коррелятом такой ситуации в медицине и оказывается концентрирующееся в проблеме эвтаназии субъективистски-произвольное отношение к ее гиппократовым нормам, которые либо признаются, либо отбрасываются в зависимости от того, в какой степени способны они обслуживать рассудочный предметный интерес автономизированного индивида. В зависимости от контекста стихийно складывающихся обстоятельств реализуется один из двух вариантов – либо равнодушное согласие с нормами (в случае, когда оценочные и предметные компоненты жизнедеятельности не пересекаются), либо их отчаянное отрицание (в случае, когда норма приходит в противоречие с частным жизненным интересом). Именно варианты подобных ситуаций и подвергаются классификации при рассмотрении проблемы эвтаназии в рамках биоэтики.

Слабым способом защиты от такого рода произвольности оказываются попытки введения запретов на технологии (репродуктивные, жизнеподдерживающие и т. д.) по религиозным или чисто моральным соображениям, поскольку в этом

случае также подразумевается дуалистическое понимание человека в качестве существа, разделенного на душу и тело, вне зависимости от того, понимается ли душа человека как выражение божественной эманации или как продукт активности нейронов головного мозга.

Таким образом, кризис культуры, кризис медицины, кризис ее нормативных моделей и технологических практик (прежде всего, в виде отмены Клятвы Гиппократата и введения эвтаназии в практику медицины) оказывается в своих основаниях исторически конкретной – дуалистической (разделяющей мир на вещественную и духовную субстанции, а человека – на оппозиции "тела" и "души") формы аксиоматизации культуры, сформировавшейся в Новое время в Европе.

Однако в своих глубинных предпосылках культура всегда базировалась и продолжает базироваться на единых – априорно антропологических основаниях. Просто данное обстоятельство по мере успехов "природопокорительской" стратегии отошло на второй план. Но сегодня, когда эта стратегия затронула и самого человека (будучи эксплицированной в проблеме эвтаназии), становится очевидно, что современная культура и все ее сферы, включая медицину, нуждаются в обосновании и развертывании единой априорности нового типа – "человекоразмерной априорности", которая позволила бы современному индивиду адекватно (т. е. в качестве автономизированного, сознательно отвечающего за свою жизнь и судьбу субъекта культуры) включаться в ее потоки, а при необходимости – исправлять недостатки, порождаемые нарушениями в процессе этого "включения". Необходима новая – *культуроцентричная – антропологическая модель* в качестве как теоретического средства ее выстраивания, так и цели, требующей практического воплощения. Конкретизироваться эта цель, очевидно, должна через введение в культуру новых концептуализирующих ее "стихий" *смыслов*, которые смогли бы осуществить ее качественное преобразование, начиная с мировоззренческой оптики самого человека и заканчивая широкими социокультурными проектами. *Смысл* –

это поистине "фермент" культуры, подобно тому, как Клятва Гиппократата является смысловым по форме и антропологическим по сути основанием медицины. "Смысл не может (и не хочет) менять физические, материальные и др. явления, он не может действовать как материальная сила. Да он и не нуждается в этом. Он сам сильнее всякой силы, он меняет тотальный смысл события и действительности, не меняя ни йоты в их действительном (бытийном) составе, все остается как было, но приобретает совершенно иной смысл (смысловое преобразование бытия)" [1; с. 387–388].

Главная нагрузка по выработке новой мировоззренческой призмы, где на место "природы" сегодня становится "культура", ложится на плечи философии, ибо только философия работает на уровне мировоззренческих *универсалий*, и, следовательно, только философии под силу определить и выработать такие *смыслы*, которые позволили бы сопрягать *уникальность* индивидуального жизнеосуществления каждого конкретного человека с *универсальностью* пространственно- и временно бытия его Рода [6], т. е. культуры.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бахтин М.М. Эстетика словесного творчества. – М., 1986. – 588 с.
2. Биоэтика: Материалы "круглого стола" // Вопр. философии. – 1992. – № 10. – С. 27.
3. Гулинг Х. // Человек. – 2001. – № 4. – С. 47–48.
4. Малеина М.Н. // Биоэтика: принципы, правила, проблемы. – М., 1998. – С. 275.
5. Пеллегрино Э. // Человек. – 1990. – № 2. – С. 55.
6. Плотников В.И. // Многообразие жанров философского дискурса. – Екатеринбург, 2001. – С. 232.
7. Пуллман Д. // Человек. – 2001. – № 3. – С. 108–109.
8. Силюянова И.В. // Биоэтика: принципы, правила, проблемы. – М., 1998. – С. 364.
9. Силюянова И.В. Этика врачевания. Современная медицина и православие. – М., 2001. – 110 с.
10. Сорокина Т.С. История медицины. – В 2-х тт. – М., 1992. – Т. 1. – 104 с.
11. Тищенко П.Д. // Вопр. филос. – 1994. – № 3. – С. 64.
12. Уиклер Д. и соавт. На грани жизни и смерти. Краткий очерк современной биоэтики. – М., 1989. – 320 с.
13. Этика / Под ред. А.А. Гусейнова и Е.А. Дубко. – М., 1999. – 475 с.