

Кирпиченко А.А.¹, Адашкевич С.В.²

¹ Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет, Витебск, Беларусь

² Вроцлавский университет, Вроцлав, Польша

Kirpichenka A.¹, Adaskevich S.²

¹ Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University, Vitebsk, Belarus

² University of Wrocław, Wrocław, Poland

Юридические и психиатрические аспекты проблемы эвтаназии

Legal and psychiatric aspects of euthanasia

Резюме

Данная статья посвящена юридическим и психиатрическим аспектам проблемы эвтаназии. В работе анализируются различные определения эвтаназии и ее видов (активной, пассивной и помощи в суициде), рассматриваются нормы национальных законодательств, касающиеся эвтаназии. Поднимается проблема отсутствия единого подхода в Европе к понятию «эвтаназия» и консенсуса в вопросах ее законодательного закрепления. Отдельно в статье рассматривается практика Европейского суда по правам человека (ЕСПЧ) по делам об эвтаназии. Дела, рассмотренные судом, делятся на две категории: кейсы помощи в суициде и случаи эвтаназии. Исследуется подход суда к обоим видам кейсов, выделяются сходства и различия в этом подходе. Делается общий вывод о тенденциях в решениях суда, характерных для кейсов об эвтаназии в целом. ЕСПЧ придает большое значение обязательствам государства по охране права личности на жизнь, предоставляет широкую свободу усмотрения государствам, но не высказывается однозначно о соответствии эвтаназии нормам Конвенции о защите прав человека и основных свобод. В статье особое внимание уделяется особенностям применения эвтаназии к пациентам с депрессией. На примере из практики, с медицинской точки зрения, оценивается разумность применения эвтаназии в случае психиатрического пациента. В статье также приводится профессиональное мнение по проблеме эвтаназии работников системы здравоохранения. На основании проведенного анализа делаются выводы о наиболее сложных правовых и медицинских аспектах эвтаназии.

Ключевые слова: эвтаназия, помощь в суициде, пассивная эвтаназия, Европейский суд по правам человека, депрессия, антидепрессанты.

Abstract

The article focuses on both law-related and psychiatric aspects of the problem of euthanasia. Various definitions of euthanasia and its types (active, passive, and assisted suicide) are analyzed, the regulations of national legislations about euthanasia are studied. The problem is singled out considering the absence of a unified approach in Europe to the notion of euthanasia and the absence of consensus on its legal implementation. The approach of the European Court of Human Rights (ECtHR) to the problem is reviewed and analyzed. The cases considered by the ECtHR are divided in two categories: those about assisted suicide and those about passive euthanasia. The viewpoint of the Court to both types of cases is studied, the similarities and differences in it are revealed. The general conclusion about the tendencies in Court decisions, the characteristics of all

euthanasia cases are made. The ECtHR gives great importance to the state obligation to protect the right to life, provides a wide freedom to states, but it does not express unambiguously about consistency of euthanasia with regulations of the European Convention on Human Rights. A special attention in the article is paid to the peculiarities of euthanasia in cases of depressed patients. Using practical situations as examples, medical relevance of euthanasia for a psychiatric patient is studied. Additionally, the article reviews the opinion of psychiatric community on this problem. On the base of this analysis, a general conclusion about the most complicated legal and medical aspects of euthanasia is made.

Keywords: euthanasia, assisted suicide, passive euthanasia, European Court on Human Rights, depression, antidepressants.

■ ВВЕДЕНИЕ

Среди проблем, связанных с медициной и часто обсуждаемых в современном мире, уход из жизни пациента с врачебной помощью (эвтаназия) является одной из самых сложных и все более актуальных. Об этом свидетельствует большой общественный резонанс, вызванный касающимися эвтаназии недавними делами Европейского суда по правам человека (дело Ламберта и дело Гард) [1, 2]. Помимо чисто медицинских аспектов, эта проблема затрагивает и другие сферы, в том числе сферу этики и юриспруденцию. Данная статья посвящена не менее важной, в том числе для врачебного персонала, юридической стороне вопроса, а именно: соотношению эвтаназии в ее различных формах с правом на жизнь, зафиксированным в числе прочего во 2-й статье Конвенции о защите прав человека и основных свобод [3]. При анализе данной проблемы будут рассматриваться определение понятия «эвтаназия», формы ее выражения, законодательное закрепление эвтаназии в странах Европы (страны Бенилюкса и Швейцария) и актуальная практика Европейского суда по правам человека (ЕСПЧ) по делам об эвтаназии. Более того, в статье будут рассмотрены особенности применения эвтаназии по отношению к психиатрическим пациентам и отношение медицинского сообщества к рассматриваемой проблеме.

Определение эвтаназии и ее виды

Прежде чем перейти непосредственно к юридическим аспектам эвтаназии, целесообразно остановиться на дефиниции данного термина и классификации эвтаназии.

Само слово эвтаназия происходит от греческих слов, означающих «легкая смерть» [4]. Оксфордский словарь определяет эвтаназию как безболезненное умерщвление пациента, страдающего от неизлечимого, приносящего невыносимую боль заболевания или находящегося в необратимой коме [4]. В свою очередь, Всемирная организация здравоохранения в 2004 году определила эвтаназию как намеренное действие одного лица, имеющее целью безболезненное умерщвление или непрепятствование естественной смерти другого лица, неизлечимо больного или находящегося в необратимой коме [5]. Как мы видим, оба определения довольно сходны между собой. Однако в определении

ВОЗ не упоминается невыносимая боль в качестве одного из маркеров понятия «эвтаназия».

Эвтаназию можно классифицировать по нескольким признакам. В частности, в зависимости от наличия согласия пациента она может быть добровольной или недобровольной. Стоит отметить, что понятие «недобровольная эвтаназия» также включает две категории, а именно: эвтаназию недобровольную по причине, например, нахождения пациента в коме и его неспособности дать на нее согласие, и эвтаназию, совершенную вопреки воле пациента [6]. Надо сказать, что вопрос о легализации эвтаназии касается прежде всего добровольной эвтаназии.

Эвтаназия различается, кроме того, в зависимости от способа ее осуществления. Выделяют активную эвтаназию, пассивную эвтаназию и помощь в суициде (или ассистированный суицид). Активная эвтаназия предполагает намеренные действия, приводящие к смерти пациента (например, введение смертельной инъекции) [7]. Пассивная эвтаназия, в свою очередь, означает отсутствие активных действий по отношению к пациенту и чаще всего представляет собой отключение пациента от аппаратов жизнеобеспечения [7].

Обсуждая понятие «помощь в суициде», можно обратиться к определению Всемирной организации здравоохранения. Согласно дефиниции данной организации, это акт намеренного умерщвления себя с помощью другого лица, который предоставляет необходимые знания, средства или и то, и другое [5]. Приведенная выше классификация эвтаназии в зависимости от способа осуществления играет особую роль. Ниже будет показано, как перечисленные виды закреплены в национальных законодательствах государств и как принадлежность к той или иной категории влияет на логику и выводы Европейского суда по правам человека в делах об эвтаназии.

Законодательное закрепление эвтаназии в европейских странах

Среди европейских стран активную форму эвтаназии легализовали только три государства – Нидерланды, Бельгия и Люксембург. Эти же три страны и Швейцария легализовали и ассистированный суицид (помощь в суициде).

В Нидерландах внимание к проблеме эвтаназии впервые было широко привлечено в 1973 году после так называемого Postma case [8]. В этом деле речь шла о враче, который помог уйти из жизни собственной матери. Доктор был осужден условно за убийство, и после этого дела вопрос об эвтаназии стал активно обсуждаться в голландском обществе. В ближайшие два десятилетия подвижки в проблеме легализации эвтаназии были предприняты как со стороны Королевской медицинской ассоциации Нидерландов, так и со стороны Министерства юстиции [9]. Их действия вкупе с практикой нидерландских судов привели в итоге к легализации эвтаназии в 2002 году. Нидерландский акт о прекращении жизни по просьбе и помощи в суициде разрешает одновременно и активную эвтаназию, и помощь в суициде. Документом отдельно не определяется понятие «эвтаназия», присутствует лишь дефиниция помощи в суициде как намеренное ассистирование пациенту в суициде и предоставление ему средств для того, чтобы покончить

с собой [10]. При этом особый упор в законе делается на меры, которые должен принять врач, чтобы соответствовать требованиям должной заботы о пациенте, подвергающемся эвтаназии. Среди подобных мер (перечисленных в 1-й части 2-й статьи закона) стоит выделить информирование пациента о сложившейся ситуации и перспективах ее развития, а также консультацию как минимум с одним из коллег. Важно отметить, что при принятии решения об эвтаназии (в любой из двух форм) врач должен быть убежден в том, что страдания пациента продолжают долгий период времени и непереносимы. Вдобавок к этому, акт (части 3 и 4 статьи 2) допускает при определенных дополнительных условиях и эвтаназию для лиц 12–16 лет (с согласия родителей) и лиц 16–18 лет (при участии родителей или законных представителей в процессе принятия решения) [10].

Вскоре после Нидерландов закон об эвтаназии появился в соседней Бельгии. Напоминая в некоторых аспектах положения нидерландского акта (это касается, в частности, мер, которые должен принять врач для соответствия требованиям должной заботы о пациенте), бельгийский закон по ряду вопросов существенно отличается от нидерландского.

Так, первая версия закона Бельгии предписывала врачу удостовериться в том, что пациент является совершеннолетним или эмансипированным несовершеннолетним, находится в сознании и является дееспособным [11]. В этом прослеживается отличие бельгийского закона об эвтаназии от закона Нидерландов, который позволял при определенных условиях эвтаназию лиц от 12 до 18 лет. Однако через 12 лет, а именно 13 февраля 2014 года, бельгийский парламент проголосовал (86 голосов из 142) за легализацию эвтаназии для несовершеннолетних, находящихся в здравом рассудке [12]. При этом в отличие от нидерландского закона бельгийский закон теперь позволяет помогать в уходе из жизни не только лицам от 12 до 18 лет, но и любым несовершеннолетним.

Стоит отметить, что в бельгийском нормативно-правовом акте, в отличие от нидерландского, не упоминается врачебная помощь в суициде, хотя в нескольких докладах Федеральной комиссии по контролю и оценке (специального органа, созданного на основании 6-й статьи бельгийского закона) отмечалось, что сама процедура эвтаназии в бельгийской практике напоминает именно помощь в суициде: врач предоставляет пациенту смертельную дозу барбитуратов, и тот ее принимает [13]. В то же время комиссия указала, что нет необходимости отдельно упоминать в законе помощь в суициде, ведь процедура, применяемая врачами на практике, полностью подпадает под условия упомянутого нормативно-правового акта.

Третьей (и пока последней) страной Совета Европы, легализовавшей эвтаназию, является Люксембург. 16 мая 2009 года в стране был принят закон об эвтаназии и помощи в суициде. В его первой статье сразу дается определение понятий «эвтаназия» и «помощь в суициде». Уже в самом этом факте просматривается разница с законами Бельгии и Нидерландов.

Вполне очевидно, что структура и основные положения закона Люксембурга во многом похожи на стандарты двух других стран Бенилюкса. Тем не менее можно выделить несколько отличительных особенностей, характерных для люксембургского законодательства. Так, из первого

пункта второй статьи закона Люксембурга следует, что эвтаназии может подвергнуться только совершеннолетнее лицо (в отличие от Бельгии, где с 2014 г. эта процедура применима к людям любого возраста) [14]. Кроме того, пункт 3 этой же статьи говорит, что эвтаназии может быть подвержен пациент только на терминальной стадии болезни [14]. Такое условие не содержится в законодательстве Бельгии и Нидерландов.

Помимо проблемы эвтаназии в странах Бенилюкса, стоит также обратить отдельное внимание на Швейцарию. Швейцария, кроме стран Бенилюкса, является единственной страной Европы, разрешающей помощь в суициде. Хотя статья 115 Уголовного кодекса страны запрещает помощь в суициде из корыстных побуждений [15], законом никак не запрещается помощь в суициде в отсутствие корыстных мотивов. Швейцарская академия медицинских наук в своих рекомендациях по вопросам этики заявила, что помощь в суициде не является частью врачебного дела [16]. Впоследствии эта фраза, допускающая амбивалентную трактовку, была переформулирована. Однако стоит отметить, что в данном контексте она означает, что швейцарские врачи имеют право оказывать помощь в суициде из альтруистических соображений наравне с рядовыми гражданами государства, и что в данном случае профессия большой роли не играет, поскольку помощь в суициде не является обычной обязанностью медработника [16]. Отсюда следует, что швейцарское законодательство отдельно не выделяет врачебную помощь в суициде. Более того, в государстве нет единого акта по этому вопросу, как в странах Бенилюкса и, следовательно, нет четкого определения как понятия «помощь в суициде», так и условий его осуществления. Однако в то же время практика врачебного ассистирования при самоубийстве в Швейцарии применяется довольно широко. В частности, в стране функционирует организация «Дигнитас», помогающая в осуществлении суицида пациентам, находящимся в безнадежном состоянии, неизлечимо больным или страдающим от непереносимой боли [17].

Пассивная эвтаназия, в свою очередь, легализована во многих странах Западной Европы, причем не только в тех из них, где разрешены другие формы эвтаназии. Так, например, в Соединенном королевстве акт 2005 года дает возможность совершеннолетним лицам отказаться от лечения, даже если это приведет в дальнейшем к смерти этого лица [18]. В то же время согласно обзору, который Клиника по правам человека страсбургского Международного института по правам человека предоставила для ЕСПЧ по делу Ламберта против Франции, подходы к этому вопросу в европейских странах, легализовавших пассивную эвтаназию, довольно сильно разнятся, равно как и обстоятельства ее легализации [19].

В свою очередь в странах постсоветского пространства (в том числе и в Республике Беларусь) эвтаназия (в любой из своих форм) не закреплена в действующем законодательстве, ст. 24 Конституции Республики Беларусь защищает жизнь каждого человека от любых противоправных показателей. Обозначено, что «каждый имеет право на жизнь. Государство защищает жизнь человека от любых противоправных посягательств» [20]. Факт отсутствия в законодательстве Беларуси норм, разрешающих эвтаназию, коррелирует и с мнением профессионального сообщества (в частности, специалистов по психическому здоровью)

внутри государства, и с общественным отношением к данной проблеме. Таким образом, вопрос об эвтаназии, основании ее назначений и процедуры ее исполнения на сегодня в Беларуси не получил своего развития.

Исходя из изложенного выше, можно сделать вывод о том, что в странах Европы нет единого правового подхода к эвтаназии. Особенно ярко это проявляется в случае активной эвтаназии и помощи в суициде, легализованной только в трех и четырех странах соответственно. Даже в странах, разрешивших какой-либо вид эвтаназии, есть определенная разница в подходе к данному явлению и свои особенности (так, в Бельгии разрешена детская эвтаназия, а в Люксембурге эвтаназия возможна лишь в терминальной стадии болезни пациента).

Практика Европейского суда по правам человека по делам об эвтаназии

Правовые аспекты эвтаназии стоит рассматривать не только в рамках национальных законодательств, но и в сфере международного права (прежде всего – прав человека). В данном контексте целесообразно взглянуть на актуальную практику Европейского суда по правам человека по делам, связанным с эвтаназией.

За последние 17 лет на рассмотрении ЕСПЧ находились 9 дел, связанных с эвтаназией [21]. Пять из этих девяти жалоб по данным кейсам были признаны приемлемыми и были рассмотрены по существу. Эти дела можно разделить на две группы: дела о помощи в суициде и дела о пассивной эвтаназии.

Говоря о делах, связанных с помощью в суициде, стоит отметить, что не все они касаются врачебной помощи. Дело Притти, в частности, затрагивает вопрос об оказании помощи в суициде мужем заявительницы [22]. В свою очередь, три других дела связаны с получением летальной дозы препарата. Однако при этом в каждом кейсе имелись свои специфические обстоятельства. В случае Хаас речь шла о возможности принятия летальной дозы без выписывания рецепта на препарат [23], в кейсе Коха заявителем был муж, жаловавшийся на отказ национальных судов рассматривать апелляцию о невыдаче его жене разрешения на прием летальной дозы [24]. Особенность дела Гросс состояла в том, что желающая покончить с жизнью заявительница не страдала от неизлечимой болезни, но не хотела продолжать жить ввиду общего ухудшения состояния здоровья в связи со старостью [25].

Помимо разных обстоятельств в делах о помощи в суициде можно отметить также некоторые различия в судебных решениях по данным кейсам. В случае Притти и случае Хаас ЕСПЧ не было выявлено нарушения государством 8-й статьи Европейской Конвенции по правам человека (право на уважение частной и семейной жизни), которое предполагает и право личности на самоопределение, самостоятельное распоряжение своей жизнью [22, 23] с учетом обязательств государств по статье 2 Конвенции (гарантирующей право на жизнь). Решение по делу Хаас против Швейцарии даже позволило Европейскому центру права и справедливости прийти к выводу о невозможности выведения из положений Конвенции права на помощь в суициде [26]. При этом та же организация справедливо отмечает, что ЕСПЧ не указывал, что эвтаназия *per se* (в частности, помощь в суициде) является нарушением

Конвенции [26]. В свою очередь, в более поздних случаях – в деле Кох против Германии [24] и в деле Гросс против Швейцарии [25] были зафиксированы процедурные нарушения 8-й статьи Конвенции.

При всех этих различиях в подходе ЕСПЧ к делам об ассистировании в суициде можно найти целый ряд сходств. Для каждого из них характерно своеобразное противостояние 2-й (право на жизнь) и 8-й (право на автономию, самостоятельное распоряжение своей жизнью) статей Конвенции о защите прав человека и основных свобод. Не менее характерной особенностью всех дел о помощи в суициде является применение судом доктрины *margin of appreciation* (то есть предоставление государству большей свободы усмотрения в данном конкретном случае). Например, в деле Хаас ЕСПЧ, даже допустив наличие у государства позитивных обязательств по принятию мер, способствующих достойному уходу из жизни в результате суицида, принял во внимание широкую свободу усмотрения государства в подобного рода делах и не зафиксировал нарушения обязательств по Конвенции [23]. В этом же деле суд подчеркнул, что такой подход связан с отсутствием консенсуса в странах – членах Совета Европы по поводу права индивидуума решать, как и когда его жизнь должна закончиться.

Отсюда можно сделать вывод, что ЕСПЧ в делах об ассистированных суицидах не вмешивается слишком активно во внутренние дела государств и признает за национальными властями довольно большую свободу действий в этих вопросах. Более того, суд не делает однозначных заявлений о допустимости или недопустимости помощи в суициде Конвенцией о защите прав человека и основных свобод. ЕСПЧ достаточно осторожен в своих формулировках в делах подобного толка. Из решений суда нельзя сделать безоговорочного вывода о том, что легальность помощи в суициде гарантируется Конвенцией и что этот тип эвтаназии не противоречит Конвенции. Но в то же время невозможно однозначно свидетельствовать и об отрицании ЕСПЧ права на смерть в форме помощи в суициде. Даже в первых делах по данной проблеме (случаи Притти и Хаас), в которых суд не находил нарушения статьи 8 и подчеркивал важность охраны права на жизнь, он указывал и на право индивидуума на самоопределение и свободное распоряжение своей жизнью даже в вопросах ухода из этого мира. Таким образом, позиция ЕСПЧ по поводу помощи в суициде более либеральна и не предполагает явного запрета данного типа эвтаназии.

Что же касается практики суда по делам, связанным с пассивной эвтаназией, то здесь стоит обратить внимание прежде всего на дело Ламберт против Франции [19]. Выводы ЕСПЧ по этому кейсу впоследствии упоминались и нашли свое подтверждение в недавнем деле Гард и другие против Великобритании [27]. Следовательно, на основании дела Ламберт можно выделить несколько основных черт в подходе суда к делам о пассивной эвтаназии. Подобные дела отличаются от дел о помощи в суициде прежде всего тем, что в последних, как правило, речь идет о вмешательстве государства в право личности умереть, о препятствовании смерти пациента. В делах о пассивной эвтаназии государство как раз выступает в роли субъекта, позволяющего умереть. Отсюда вытекает и различие в ходе дел и некоторая разница в подходах суда. В случаях пассивной эвтаназии суд сосредотачивается на выяснении

вопроса о выполнении государством своих позитивных обязательств по второй статье ЕКПЧ – охране права на жизнь личности. Он устанавливает, насколько были соблюдены законы страны, были ли приняты во внимание мнения пациента, его близких, медицинских работников, эффективны ли были судебные разбирательства на национальном уровне.

В отличие от кейсов о помощи в суициде, в данных случаях суд не рассматривает потенциальное нарушение 8-й статьи, а сосредотачивается на выяснении вопроса о выполнении государством своих позитивных обязательств по 2-й статье ЕКПЧ – охране права на жизнь личности.

На основании анализа обеих категорий дел можно сделать выводы о тенденциях в подходе суда к делам об эвтаназии в целом (в любом из ее видов). В подобных делах суд неизменно обращает внимание на важность соблюдения государством своих обязанностей по 2-й статье. В связи с отсутствием единообразного подхода в странах Европы к вопросу о легализации эвтаназии, ЕСПЧ предоставляет государствам широкую свободу усмотрения в кейсах обеих категорий. Как следствие, суд чаще всего не выявляет нарушений положений Конвенции. Кроме того, ЕСПЧ однозначно не высказывается о противоречии или непротиворечии эвтаназии положениям Конвенции о защите прав человека и основных свобод. Однако тот факт, что суд не указывает на несоответствие законов государств, разрешающих эвтаназию, нормам ЕКПЧ, может косвенно свидетельствовать о том, что ЕСПЧ не считает акт эвтаназии (по крайней мере в форме пассивной эвтаназии или помощи в суициде) нарушением основополагающих прав человека, зафиксированных в Конвенции.

Особенности применения эвтаназии к психиатрическим пациентам

Говоря о юридическом закреплении эвтаназии, позиции Европейского суда по правам человека по делам об эвтаназии нельзя не упомянуть и о медицинских аспектах, медицинских тонкостях, связанных с этой проблемой.

Особого внимания заслуживает применение эвтаназии по отношению к психиатрическим пациентам. Известно, что, например, в Бельгии эвтаназия проводится пациентам с депрессией [28]. Рассматривая эпизод 24-летней бельгийки (Лауры), которая несколько лет страдала от депрессии и прошла через несколько парасуицидов, у специалистов в области психического здоровья должен возникнуть вопрос – все ли современные методы терапии депрессии были применены по отношению к данной пациентке? Все ли методы преодоления терапевтической резистентности были использованы? Ответ очевиден, пациентке не был оказан весь спектр современных психиатрических услуг, ведь для правильного подбора лечения и дальнейших терапевтических, возможно, противорезистентных мероприятий нужны порою годы, а именно: терапию депрессии считают неэффективной, если не наступает отчетливого улучшения через 4–6 недель приема установленной дозы антидепрессанта. В дальнейшем следует проверить некомплаентность пациента (побочные эффекты антидепрессанта, либо обусловленные симптомами депрессии пессимистические взгляды пациента на возможность излечения. Усилить контроль за приемом лекарства и постоянно обсуждать

план лечения с пациентом. Проверить метаболизм антидепрессанта в связи с поражением печени (гепатит), либо в связи с одновременным приемом пациентом лекарственных средств или веществ, ускоряющих метаболизм антидепрессанта (например, противозащитных средств, барбитуратов в форме валокордина и подобных ему безрецептурных лекарственных средств, алкоголя либо пищеварительных ферментов). Низкая эффективность антидепрессанта может быть обусловлена также тяжелым курением. Если результат все же не достигнут, то следует перейти к лечению антидепрессантом другой химической группы или обладающего другим механизмом действия: например, заменить трициклический антидепрессант (ТЦА) на антидепрессант из группы СИОЗС или наоборот (препарат-СИОЗС – на ТЦА), либо заменить препарат из группы СИОЗС на антидепрессант «двойного действия» (селективный ингибитор обратного захвата серотонина и норадреналина – СИОЗСН), либо заменить антидепрессант, блокирующий обратный захват преимущественно серотонина, на антидепрессант, блокирующий обратный захват преимущественно норадреналина – и провести полный курс терапии новым антидепрессантом. Если три таких последовательных курса, проведенные антидепрессантами разных групп и/или с разным механизмом действия, не дали эффекта, такой случай считается терапевтически резистентным и требует проведения специальных противорезистентных мероприятий. К их числу относятся:

- добавление к трициклическому антидепрессанту соли лития в невысокой дозе;
- добавление к антидепрессанту трийодтиронина в невысокой дозе (50 мкг/сутки);
- совместное применение двух антидепрессантов разных групп или с разным механизмом действия (например, один – блокатор обратного захвата серотонина, другой – норадреналина; либо трициклический антидепрессант + антидепрессант группы СИОЗС); подобные сочетания требуют повышенной осторожности и могут проводиться только в условиях стационара;
- совместное применение трициклического антидепрессанта и атипичного антипсихотика;
- при отсутствии эффекта или невозможности проведения перечисленных мероприятий – курс ЭСТ с последующим возобновлением терапии антидепрессантом.

Если имеется высокий риск суицида либо продление лечения по каким-либо иным причинам не представляется возможным, курс ЭСТ должен быть проведен ранее, без перечисленных выше мероприятий. Кроме того, лечение депрессии должно сопровождаться постоянной психотерапией и психосоциальной реабилитацией [29]. Очевидно, что данная пациентка не получила весь набор терапевтических мероприятий, доступных в современной психиатрии.

Отсутствие единого подхода к вопросу о законодательном запрете эвтаназии, чисто медицинские аспекты данной проблемы, неоднозначная этическая сторона вопроса приводит к наличию целого ряда противников эвтаназии (в том числе и в профессиональной медицинской среде) и общественным дискуссиям. Противники эвтаназии встречаются и среди профессионалов из стран, где она законодательно

закреплена, а сами прецеденты эвтаназии до сих пор вызывают бурную общественную дискуссию по всему миру и о них пишут ведущие мировые СМИ, сомневаясь в декларировании «высшей ценности человеческой жизни». К примеру, утверждается, что из бельгийцев, получивших эвтаназию в прошлом году, только 13% находились в терминальном состоянии [30]. Директор НИИ наркологии, профессор Татьяна Клименко (Москва, РФ) обозначает, что депрессию нельзя отнести к неизлечимым заболеваниям. Есть очень много современных средств, которые позволяют улучшить состояние пациента. Депрессия лечится, да, бывают случаи, когда она лечится очень тяжело, но эвтаназия при депрессии недопустима [31]. Кроме того, уместно обратить внимание на мнение духовенства, в частности, православная церковь считает эвтаназию недопустимой операцией. Согласно «Основам социальной концепции Русской Православной Церкви» (п. XII. 8) эвтаназия «является формой убийства или самоубийства, в зависимости от того, принимает ли в ней участие пациент. Представители духовенства подчеркивают, что «просьба больного об ускорении смерти подчас обусловлена состоянием депрессии, лишаящим его возможности правильно оценивать свое положение», а «признание законности эвтаназии привело бы к умалению достоинства и извращению профессионального долга врача, призванного к сохранению, а не к пресечению жизни». В это же время в Голландии широко обсуждаемой в прессе и научной общественности считается эвтаназия пациентки Аурелии Броуверс, которой был выставлен диагноз пограничного расстройства личности и о последних днях жизни которой было показано ТВ-шоу [32].

Обобщая проанализированные юридические и медицинские аспекты эвтаназии, стоит подчеркнуть, что эта проблема продолжает оставаться открытой для обсуждения общественностью и специалистами в области медицины. Данный вопрос осложняется ввиду наличия разных видов ухода из жизни посредством эвтаназии и отсутствия единого законодательного подхода государств к эвтаназии (притом что на наднациональном уровне этот вид ухода из жизни однозначно не разрешается и не запрещается, и государству в этом отношении дается большая свобода действий).

Таким образом, хотя появление единого подхода к данной проблеме в ближайшее время является крайне сомнительным, обсуждение различных аспектов эвтаназии по-прежнему привлекает пристальное внимание и востребовано современным обществом.

■ ЛИТЕРАТУРА

1. Grand Chamber judgment in *Lambert v France* (15 June 2015). Personal autonomy within the right to life opens the door to the 'right to die'. *International Law Blog*. Available at: <https://aninternationallawblog.wordpress.com/author/dariasartori> (accessed September 10, 2018).
2. *Gard and Others v. UK* (27 August 2017). Passive euthanasia of a minor patient and the limits to parental authority. *International Law Blog*. Available at: <https://aninternationallawblog.wordpress.com/author/dariasartori> (accessed September 10, 2018).

3. *Konventsia o zashite prav cheloveka I osnovnykh svobod* [European Convention on Human Rights] (November 4, 1950) Available at: http://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ENG.pdf > (accessed September 10, 2018).
4. Oksfordsky slovar anglyiskogo yazyka (June 2017) *Oxford University Press* (OED online). Available at www.oed.com/viewdictionaryentry/Entry/11125> (accessed September 12, 2018).
5. A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons (2004) *World Health Organization*. Available at: http://www.who.int/kobe_centre/ageing/ahp_vol5_glossary.pdf> (accessed September 12, 2018).
6. Voluntary and Involuntary Euthanasia. (2018) Ethics guide. BBC news. *BBC Web*. Available at: <http://www.bbc.co.uk/ethics/euthanasia/overview/volinvol.shtml> (accessed September 12, 2018).
7. Rachels J. (1975) Active and Passive Euthanasia. *The New England Journal of Medicine*, vol. 292, pp. 78–80.
8. Sheldon T. (2007) Obituary: Andries Postma. *British Medical Journal*, vol. 334, p. 320. Available at: <http://www.bmj.com/content/334/7588/320.full>> (accessed September 10, 2018).
9. Rietjens J.A.C., Van der Maas P.J, Onwuteaka-Philipsen B.D. et al. (2009) Two Decades of Research on Euthanasia from the Netherlands. *What Have We Learnt and What Questions Remain Journal of Bioethical Inquiry*, vol. 6, issue 3, pp. 271–283. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2733179/>> (accessed September 12, 2018).
10. *Niderlandsky akt o prekrashchenii zhizni po prosbe I pomoshchi v suitside (Obzor procedur)* [Euthanasia, assisted suicide and non-resuscitation on request (Review of procedures)] (April 1, 2002) № 26 691, 137. Available at: <https://www.eutanasia.ws/documentos/Leyes/Internacional/Holanda%20Ley%202002.pdf> (accessed 13 September 2018).
11. *Belgyiski akt ob evtanazii* [The Belgian Act on Euthanasia] (May 28, 2002). Available at: <http://www.ethical-perspectives.be/viewpic.php?TABLE=EP&ID=59>>(accessed September 13, 2018).
12. *Belgyiski zakon ob evtanazii* [The Belgian Act on Euthanasia] (May 28, 2002) s popravkami po zakonu 13 February 2014 –Konsolidirovanaya versia 15 Februar 2014. Available at: <http://philosophicalcomment.blogspot.lt/2014/02/legalised-euthanasia-for-children.html>> (accessed September 13, 2018).
13. European Institute of Bioethics (April 2012) *Euthanasia in Belgium: 10 years on*. Available at: <https://www.ieb-eib.org/en/pdf/20121208-dossier-euthanasia-in-belgium-10-years.pdf>> (accessed September 13, 2018).
14. *Lukseburgski zakon ob evtanazii I pomoshchi v suitside* [Luxembourg Law on euthanasia and assisted suicide] (March 16, 2009). Available at: <http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2009/03/16/n2/jo>> (accessed September 13, 2018).
15. *Ugolovny kodeks Shveitsarii* [Criminal Code of Switzerland] (December 21, 1937) (status na January 1, 2017). Available at: <https://www.admin.ch/opc/en/classified-compilation/19370083/201709010000/311.0.pdf>> (accessed September 13, 2018).
16. Hurst S.A., Mauron A. (2017) *Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians*. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1125125/>> (accessed September 13, 2018).
17. Shveitsarskaya nekommercheskaya organizatsiya DIGNITAS [Swiss non-profit organization DIGNITAS]. *Informatsionnaya broshura* (2014). Available at: http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=22&lang=en (accessed September 13, 2018).
18. *Akt korolevstva Velikobritanii o psikhicheskoy deesposobnosti* [Act of the United Kingdom on mental capacity]. (2005) Available at: http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/pdfs/ukpga_20050009_en.pdf >(accessed September 14, 2018).
19. Evropeiskiy sud po pravam cheloveka. (5 June 2015) *Resheniye Lambert I drugiee protiv Frantsii* [Solution of Lambert and others against France]. Delo № 46043/14. Available at: [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{"itemid":\["001-155352"\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{)>(accessed September 14, 2018).

20. *Konstitutsiya Respubliki Belarus* [Constitution of the Republic of Belarus]. (March 15, 1994) (s izmeneniyami i dopolneniyami, prinyatymi na respublikanskikh referendumakh 24 November 1996 and October 17, 2004). Minsk: Amalfea, 2008. 48 p.
21. End of life and the European Convention on Human Rights. European Court of Human Rights. (June 2017) *Press Unit*. Available at: http://www.echr.coe.int/Documents/FS_Euthanasia_ENG.pdf > (accessed September 14, 2018).
22. Evropeiskiy sud po pravam cheloveka [European Court of Human Rights]. (April 29, 2002) *Resheniye Pritty protiv Soedinyonnogo korolevstva*. Delo № 2346/02. Available at: http://bib26.pusc.it/can/p_martinagar>(accessed 14 September 2018).
23. Evropeiskiy sud po pravam cheloveka [European Court of Human Rights] (January 20, 2011) *Resheniye Haas protiv Shweitsarii*. Delo № 31322/07. Available at: [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{\"languageisocode\":\"ENG\",\"appno\":\"31322/07\",\"documentcollectionid2\":\"CHAMBER\",\"itemid\":\"001-102940\"}\]>](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{\)(accessed September 14, 2018).
24. Evropeiskiy sud po pravam cheloveka [European Court of Human Rights] (July 19, 2012) *Resheniye Koch protiv Germanii*. Delo № 497/09, §27. Available at: [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{\"itemid\":\"001-112282\"}\]>](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{\)(accessed September 14, 2018).
25. Evropeiskiy sud po pravam cheloveka [European Court of Human Rights]. (September 30, 2014) *Resheniye Gross protiv Shweitsarii*. Delo № 67810/10. Available at: <https://lovdata.no/static/EMDN/emd-2010-067810-2.pdf> > (accessed September 14, 2018).
26. Puppink G. (2012) ECLJ: Major Victory for Life in Europe: "*Euthanasia must always be prohibited*". Available at: <https://eclj.org/eclj-major-victory-for-life-in-europe-euthanasia-must-always-be-prohibited> > (accessed September 14, 2018).
27. Evropeiskiy sud po pravam cheloveka [European Court of Human Rights] (July 3, 2017) *Resheniye Gard I drugie ptotiv Velikobritanii*. Delo № 39793/17. Available at: [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{,\"itemid\":\[,\"001-175359\"\]}>](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{,\)(accessed September 14, 2018).
28. O'Gara E. (2015) *Physically healthy 24-year-old granted right to die in Belgium*. Available at: <https://www.newsweek.com/euthanasia-belgiumeuthanasiaassisted-dyingmental-illnessdr-marc-van-hoeyright-603019> (accessed September 15, 2018).
29. Prilozheniye k prikazu Ministerstva zdravookhraneniya Respubliki Belarus (December 31, 2010) № 1387 *Klinichesky protocol okazaniya meditsinskoy pomoshchi patsientam s psicheskimi i povedencheskimi rasstroistvami* [Clinical protocol of medical care for patients with psychiatric and behavioral disorders]. Available at: www.beldrug.org/html/mater/pdf/protocol.pdf> (accessed September 15, 2018).
30. Solomonova I. (2015) *Doza smerti. Odnа istoriya ob evtanasii* [The dose of death. One story about euthanasia]. Available at: <https://republic.ru/posts/52841>> (accessed September 15, 2018).
31. Klimento T.V. (2015) *Minzdrave zayavili o nedopustimosti evtanazii pri depressii* [The Ministry of Health declares the inadmissibility of euthanasia in depression]. Available at: <https://lenta.ru/news/2015/07/02/depression>>(accessed September 15, 2018).
32. Prassly L. (2018) *The troubled 29-year-old helped to die by Dutch doctors*. Available at: <https://www.bbc.com/russian/features-45137239> (accessed September 16, 2018).

Поступила/Received: 21.09.2018

Контакты/Contacts: kirpi@tut.by, stas.adaskevich@gmail.com