

В. Л. Лехуцер

Хороший врач или превратности децентрализации медицинского субъекта*

Интерес автора статьи к данной теме вызван отнюдь не модой на биоэтику, которая за последние несколько десятилетий пережила бурную институционализацию, но отчасти по биографическим, отчасти по систематическим причинам. С одной стороны, печальная необходимость довольно часто иметь дело с врачами самого разного профиля на собственном опыте убеждает в справедливости мысли о том, что отношения *врач-пациент* могут быть столь же парадигмальными для философского дискурса, как, скажем, отношения господин-раб, родитель-ребенок или художник-реципиент. С другой стороны, в свете глобальной программы «практического поворота»¹ в современной философии становится вполне очевидной задача увеличения философских инвестиций в сферу наиболее релевантных социальных практик. С моей точки зрения, к таким практикам относятся, прежде всего, медицина, искусство и политика. Первая владеет нашим телом, вторая еще способна потрясать и захватывать нашу душу², третья — постоянно занята форматированием нашего социального существования целиком.

Некоторую поддержку такого хода мыслей можно найти у Алена Бадью, который считает, что современная конфигурация философии возможна благодаря рефлексии основа-

* Статья подготовлена в рамках исследования, получившего грантовую поддержку (Президентский грант МД-333.2009.6).

¹ См.: Борисов Е., Инишев И., Фурс В. Практический поворот в постметафизической философии. Т. 1. Вильнюс : ЕГУ, 2008. 212 с.

² Именно искусство, как сказал на II Московской биеннале Бернар Стиглер, осталось единственной религией после того, как была вест о смерти Бога (Стиглер Б. Реплика в Финальном обсуждении на Международной конференции по философии, политике и эстетической теории «Создавая мыслящие миры» в рамках II Московской биеннале, 17-18 ноября 2006 г. / Бернар Стиглер // http://www.2nd.moscowbiennale.ru/ru/final_discussion1/).

ний того, что происходит в четырех сферах жизни (обуславливающих «истинностных процедурах») — политике, поэтике (искусстве), эротике и математике³. При этом математику можно понимать как метонимию науки вообще, научной рациональности. И именно в медицине, биомедицине (спаянности медицины и биологии) сегодня происходят столь революционные события, что в футурологической перспективе они способны трансформировать фундаментальные определения человека, структуры его самопонимания⁴.

Однако то, о чем пойдет речь, — не совсем биоэтика и даже не деонтология в традиционном смысле данного понятия. Биоэтика — это, прежде всего, этическая рефлексия разработок и применения медицинских биотехнологий (генной инженерии, трансплантации органов, техногенного деторождения, предродовой диагностики и т. п.). Хотя сам термин возник в 1974 г. благодаря книге Ван Ренселлера Поттера «Биоэтика: мост в будущее» в более широком контексте — на волне борьбы за гражданские права в медицине, на волне критики «империализма медицинской профессии»⁵, критики, первый всплеск которой пришелся на 40-е годы, в рамках Нюрнбергского процесса. Тогда вдруг стало понятно, что прогресс в медицине долгое время не сопровождался этической рефлексией. Поэтому стали возможны злодеяния нацистских медиков (жестокие эксперименты на людях, массовые эвтаназии). Тогда же, в Нюрнбергском врачебном кодексе (1947) был записан принцип границы медицинского вмешательства — *информированное согласие (informed consent)*, ставший сегодня распространенной либеральной нормой. Сегодня понятно, что преступления нацистских врачей имели достаточно глубокие корни — процесс *инструментализации медицины*, ее использование для достижения социальных проектов. Речь идет не просто о медицине как институте социального контроля в рамках индустриализации, о чем писал Т. Парсонс, а о реальной меди-

³ Бадью А. Манифест философии. СПб. : Machina, 2003. С. 17–18.

⁴ См.: Хабермас Ю. Будущее человеческой природы. М. : Весь мир, 2002. 144 с.; Фукс Т. «Науки о жизни» и жизненный мир // Топос. 2007. □ 2 (16). С. 5–21.

⁵ Freidson E. Profession of Medicine: A Study of the sociology of Applied Knowledge. NY : Dodd, Mead, 1970. P. 3.

кократии, примером чему может служить закон о наследственном здоровье, принятый Рейхом в 1933 г., разрешающий умерщвлять тысячи немцев, больных слабоумием, во имя здоровья нации. Закон, кстати говоря, был воспринят с энтузиазмом в стране и за ее пределами.

Сегодня эта проблематика актуальна, поскольку эксперименты на людях стали индустрией. Юдин отмечает, что в силу развивающейся «человекообразности» науки (характерно, что символом научного прогресса является сегодня не атомоход или гидроэлектростанция, а компьютер, биотехнологии) все более и более стал изучаться сам человек. Поэтому намечается смягчение этических требований даже на уровне правового дискурса – не «эксперимент», а «исследование», не «на человеке», а «с человеком» или «с участием человека»⁶. Как пишет Юдин, существует только два механизма регулирования данной практики – процедура информированного согласия и прохождение проекта любого исследования человека через этический комитет. Возникшие в середине XX века в Америке, затем в Великобритании, далее везде – сегодня они, по словам ученого, рутинная практика, позволяющая говорить о своего рода «этической индустрии»⁷. Юдин надеется, что благодаря институционализации подобной этической рефлексии у исследователей человека возникнет «этическое априори», выполняющее уже не только и не столько регламентирующую роль, но и конститутивную роль для науки о человеке, и будет дан отпор сторонникам так называемого «технологического императива», согласно которому, все, что технически возможно, практически реализуется.

Однако многие авторы в области философии и медицины, биоэтики все же полагают, что и принцип информированного согласия, и деятельность этических комитетов есть лишь *внешняя регламентация* деятельности медика и биолога, работающего на медицину. Точно так же, как и деонтология, которая за свое долгое развитие сформировалась в свод

⁶ Юдин Б. Г. Этическое измерение современной науки // Отечественные записки. 2002. □ 7. С. 6.

⁷ Там же. С. 12.

врачебных правил, в этический кодекс, в нормативную науку, то есть во внешнюю по отношению к самой врачебной практике сферу, представители которой так же институционально автономны, как фармацевты.

И тогда встает острый вопрос о возможности собственного пространства врачебной этики, обнаружении ее оснований в самой медицинской практике, в повседневности медицинских действий. Биоэтика тогда будет строиться не вокруг «громких тем», а вокруг самых простых вещей, связанных с отношением врач-пациент. В частности, Дэвид Морис пишет: «Биоэтика вынуждена заниматься масштабными, легко попадающими в программы вечерних новостей вопросами: совершение суицида с помощью врача, клонирование, пересадка органов, имплантанты из ткани плода, прекращение деятельности головного мозга, аборт – только некоторые из них. Эти проблемы важны, но то, что биоэтика может решить их, представляется сомнительным»⁸. Морис, со ссылкой на философов и этиков Стенли Кавела и Пола Коммисароф, в своей книге «Болезнь и культура в эпоху постмодернизма» говорит о «микроэтике» повседневного мира болезни и медицины, обоснование которой он видит в «нарративном повороте»⁹ в биоэтике.

Наиболее принципиально и систематически на эту тему высказался немецкий врач и философ Клаус Дернер в своей необычайно точной, глубокой и намечающей абсолютно новые горизонты книге «Хороший врач». «Этике сверху», или «этике принципов»¹⁰, он противопоставил необходимость иной интерпретации философии медицины, задачу экспликации *имманентной* врачебной этики, *повседневной моральной заботы о себе*, о добре врачебных действий – «этику снизу». В своем «учебнике» он попытался изложить «нерационали-

⁸ Morris D. B. Illness and culture in postmodern age. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press. P. 265.

⁹ Ibid. P. 250.

¹⁰ К таковому, в частности, традиционно относятся принципы «не навреди», «делай благо», принцип справедливости, в двадцатом веке добавился принцип автономии пациента и т. д. (См.: Биоэтика: принципы, правила, проблемы / под ред. Б. Г. Юдина. М.: Эдиториал УРСС, 1998).

зируемые компоненты врачебной экзистенции»¹¹, рассмотреть в «собственное» врачебного бытия, чтобы оно стало более ясным и более пригодным для культивирования. Внешняя регламентация медицины, с точки зрения немецкого философа, не принимает в расчет этическую рефлексию самого врача и *философскую составляющую врачебной практики*.

Ситуация исключительно внешнего нормативного принуждения, в котором оказалась медицина, явилась, по мнению Дернера, следствием того подхода, согласно которому развитие теорий в медицине должно быть задачей фундаментальных наук, ориентированных на этически нейтральную истину. Действительно, начиная с XVII в. и до нашего времени, медицина последовательно находила свое обоснование в законах других наук — физике, химии, биологии, психологии, социологии, экономике, праве, наконец, в теоретической этике. В результате медицина лишилась собственных источников истины и стала *прикладной наукой, местом применения других «основополагающих наук»*, что в конечном итоге стало причиной многих критических замечаний в ее адрес.

К подобным этически нейтральным истинам фундаментальных наук можно применить понятие Михаила Бахтина «роковой теоретизм», означающее «отвлечение от себя единственного»¹². Бахтин говорил о «роковом теоретизме» современных ему философских учений, которые тематизируют ценностное бытие по ту сторону его данности в индивидуальном переживании, по ту сторону «действительно переживаемого мира»¹³. В таком «отвлеченно теоретическом самозаконном мире» или «затвердевшем познаваемом научном бытии»¹⁴ невозможна никакая практическая ориентация, невозможна реальная жизнь, принятие решений, долженствование, имен-

¹¹ Дернер К. Хороший врач. Учебник основной позиции врача. М. : Алетейя, 2006. С. 22.

¹² Бахтин М. М. Собрание соч. Т. 1. Философская эстетика 1920-х годов / Михаил Михайлович Бахтин. М.: Русские словари. Языки славянской культуры. С. 194. Бахтин М. М. Собрание соч. Т. 1. Философская эстетика 1920-х годов / Михаил Михайлович Бахтин. М. : Русские словари. Языки славянской культуры. С. 28.

¹³ Там же. С. 13.

¹⁴ Там же. С. 12, 13.

но потому, что оно построено так, *как если бы меня в нем не было*. Но мы живем в реальном, а не в теоретически сконструированном мире, в *живом бытии*, и бытие для нас всегда свершается в нашей единственности, как утверждал русский философ, поэтому оно всегда для нас не бытие, а *бытие-событие*, то есть бытие свершающееся и уникальное. Бахтин, как известно, рассуждал в рамках этически трактуемой «первой философии», но все, что он говорил, можно отнести и к определенному медицинскому опыту болезни. А именно: натуралистический объективизм *биомедицины*¹⁵ страдает «роковым теоретизмом», поскольку рассматривает болезнь как объективное явление природы, по ту сторону его данности в моем переживании, по ту сторону действительно переживаемого мира болезни, отвлекаясь от факта (акта) того события, которым для меня *является* болезнь. Биомедицина видит болезнь как *бытие*, но не видит его как *событие*, что оставляет меня на-

¹⁵ Понятие биомедицины сегодня употребляется довольно часто в социологии медицины и медицинской антропологии. Оно описывает тот тип медицины, который стал доминировать на Западе с конца XVIII века. Тогда болезнь была понята как «вещь», обнаруженная внутри организма, но отделенная от него, как и от субъективных ощущений индивида и его личности. «Современная биомедицинская модель основывается на представлении о существовании инвариантных биологических структур и процессов, функционирующих в норме и патологии. В объяснении причин и природы нарушений функций в модели отдается предпочтение данным, полученным в ходе исследования этих структур и процессов. В клинических проявлениях болезни существуют различные нозологические формы, которые обнаруживаются путем выявления характерных признаков и симптомов. Объяснение патологического процесса сосредоточено на биологических изменениях, и сравнительно мало внимания уделяется социальным и психологическим факторам... модель является редуционистской в том смысле, что всякое болезненное состояние казуально редуцируется к некоторым специфическим биохимическим механизмам... Каждая болезнь имеет присущую ей этиологию — вызывается конкретным идентифицируемым фактором... и поэтому как будто бы организм человека и болезнь могут рассматриваться отдельно друг от друга, вследствие чего организм человека можно «ремонтировать» как машину» (Решетников, А. В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство. М. : Медицина, 2002. С. 213–214).

едине с мучительной практической проблемой — не того, как мне лечить данную болезнь, но того, как мне теперь с этим жить, что делать? В конечном итоге экзистенциальная слепота биомедицины снижает и эффективность лечения, не говоря уже о косвенном участии в сбое самопонимания у больного человека, что часто печально сказывается на его взаимодействиях с другими людьми и социальной активности вообще.

Возвращение медицины к своим истокам и *имманентному этическому опыту врачевания* должно, с точки зрения Дернера, одновременно сопровождаться демонстрацией ограниченности и этической нерелевантности принципа информированного согласия (далее — ИС), считающегося до сих пор высшим принципом медицинской этики. Процедура информированного согласия обычно описывается в литературе как *субъект-субъектное* взаимодействие, преодолевшее *преконвенциональный патернализм* медицинской власти. Формула такого взаимодействия такова: «Ты как пациент решаешь, что я как врач буду делать. Из уважения к твоей автономии я не вмешиваюсь в твои решения»¹⁶. Цель такого взаимодействия — достижение консенсуса: врач и пациент трактуются как *партнеры* в процессе лечения. В основе подобных отношений — *этика автономии и самоопределения*. Действительно, данная модель устраняет однозначный и институционально закреплённый *центризм позиции врача* за счет организации *полицентрического* взаимодействия. Однако такая модель децентрализации субъекта медицинского опыта с *этической точки зрения несостоятельна*.

Дернер аргументирует свою новаторскую идею абсолютно убедительно. Во-первых, принцип ИС имплицитно предполагает *презумпцию вины врача*: врач, искушаемый техническими возможностями медицины, априори находится под подозрением и нуждается во внешнем контроле. «В диагностике, терапии и исследовании он желает большего, чем дозволено, он склонен игнорировать достоинство и состояние конкретного человека здесь и сейчас — естественно, во благо других и прежде всего индивидуумов будущего и общества в целом. В таком понимании врач не может вследствие профессио-

нального принуждения ничего другого, как только вновь и вновь пытаться преступить границы дозволенного»¹⁷. Биоэтический принцип ИС был сформулирован т.о. в горизонте *«против врача»*. По мнению Дернера, «контроль извне, неразрывно связанный с недоверием ко мне, принуждает меня уже из чувства собственного достоинства постоянно пытаться избегать этого контроля и обходить его»¹⁸. Кроме того, на внешнее принуждение и недоверие врач отвечает своеобразной и трудно диагностируемой, но вполне реальной *этической мутью*. Он перекладывает ответственность за принятие лечебных решений на плечи пациента. Вот от этого обстоятельства, даже если бы оно существовало не в действительности, а только в возможности, просто так отмахнуться нельзя. Дернер приводит пример из жизни — ситуация в университетской клинике в Нидерландах. Речь идет о больном раком в последней стадии, у которых, как и положено, врачи получили согласие на прием новых медикаментов. Так вот всех сотрудников клиники удивил студент, который заметил, что одной больной, давшей согласие на эксперимент, стало хуже от новых медикаментов. Ему ответили, что если бы решения принимались на таких основаниях, то отделение пришлось бы закрыть.

Из собственного опыта знаю, что врач довольно часто оставляет решение по поводу отпуска тех или иных процедур, их количества, приема тех или иных лекарств на пациента. Фразу врача «ну, можете это попробовать», слышал, вероятно, каждый. В одном из ЛПУ г. Кисловодска я пришел в кабинет, где проводят разные иммуностимулирующие процедуры, в том числе озонирование крови. Врач предложил мне нехитрое меню своих услуг. И я должен был сам решить, какой тип озонирования крови выбрать, вообще нужно ли мне оно и в каком количестве. Во всем остальном врач руководствовался неприкрытой институциональной логикой: время процедур, их график и т. п. Наверно, он думал, что поступает по всем правилам медицинской этики, предоставляя мне право на самоопределение.

¹⁶ Дернер К. Указ. соч. С. 174.

¹⁷ Там же. С. 36.

¹⁸ Там же. С. 36–37.

Дернер в этой связи ссылается на доклад американского этика Воррена Рича, произнесенный в 1997 г. во Фрейбурге по случаю 50-й годовщины Нюрнбергского процесса над врачами. В этом докладе Рич говорит о том, что действия нацистских врачей не утратили бы свою криминальную суть, не перестали бы быть «предательством при оказании медицинской помощи»¹⁹, даже если бы все участники медицинских экспериментов дали свое добровольное согласие. Поэтому принцип ИС не может быть достаточным в медицинской этике. Он, по мнению Рича, должен быть включен в более глубокую моральную реальность — заботу о конкретном больном человеке, заботу, которая и есть высший смысл медицины и которая не должна приноситься в жертву никаким другим принципам и целям («общему благу», интересам институтов и т. п.).

Из сказанного следует, что подобная субъект-субъектная модель взаимодействия основана не на партнерстве, а на подспудном *противостоянии* врача и пациента, преследующих различные интересы. Процесс больничного лечения, по данным социологов медицины, является поэтому «непрерывным ведением переговоров» (по поводу темпов лечения, ожиданий и т. п.)²⁰. Врач в ситуации беды пациента, его экзистенциальной неуверенности всегда имеет возможность получить добровольное согласие пациента. Поэтому, даже сохраняя формальную взаимность, реально врач практикует традиционный *субъект-объектный патернализм*.

Альтернативу этическим импликациям принципа ИС медицина может найти, как совершенно справедливо утверждает Дернер, если вспомнит свои философские корни и осознает себя в своей *повседневности* дисциплиной *практической философии*. Для врача, всегда имеющего дело с человеческой бедой, вопрос «что я должен делать?» предшествует вопросу «что мы можем знать?». Немецкий ученый предлагает в данном контексте провести содержательную

¹⁹ Цит. по: Дернер К. Указ. соч. С. 43.

²⁰ Strauss A. The negotiated order // A Sociology of Medical Practice. London: Collier Macmillan, 1963; Roth, J.A. Timetables: Structuring the Passage of Time in Hospital Treatment and Order Careers. Indianapolis: Bobbs-Merrill, 1963.

оппозицию *врач/медик* (соответственно: врачевание/медицина). «Прежде, чем я начну как медик предпринимать диагностические и лечебные действия, как врач я должен сначала при встрече с Другим учесть моральные аспекты, имеющее зависящее конкретно от меня... этическое направление»²¹. Медик — это *технический исполнитель* научных достижений, это фигура власти над *болезнью* как явлением природы, это объективное деперсонализированное манипулирование пациентом с целью победы над болью и патологией. Медик — это трансцендентальный автомат, машина борьбы, которая, будучи институционализированной, начинает автоматически осуществлять институциональную логику как воплощение логики объективной, трансцендентальной. Но медик глух к событию, которым является болезнь для пациента. Именно поэтому в своем пределе он может позволить себе пожертвовать конкретным Другим ради обобщенного Другого, полностью победившего всякую патологию (пример нацистской медицины). Врач — фигура этики, он имеет дело с *больным* и открыт событию его патоса. Врач — это сама патическая способность, искусство сострадания, со-события, требующее тренировки и культивирования тем больше, чем больше императивы современности требуют от людей освободиться от всего патического. Врачебная этика уходит корнями в *терапию* как практику заботы, попечения (гр. *terapía* — забота, служение, попечение, лечение), с одной стороны, и восстановления до целого («целительство»), с другой. В отличие от «иатрии» (*iatros* — «врач»), которая лишь формально указывала на медицинскую специальность, терапия предполагала имманентную философскую составляющую, во-первых, *рефлексию целого и части*, во-вторых, *этическую рефлексию*.

Актуализация *этики заботы* как истинного смысла медицины, как полагает Дернер, связана также с необходимостью пересмотра *парадигмы лечебного случая*. До сих пор медицина живет *острым* случаем как *типичным*, вписывающимся в задачу *restitutio ad integrum* (случай легкого заболевания, типа зубной боли, или ситуация неотложки). *Restitutio ad integrum* — идея полного возвращения организ-

²¹ Дернер К. Указ. соч. С. 48.

ма к состоянию, которое было до заболевания, к состоянию «самозабвения», здоровья, безотчетной самоотдачи миру. Это великая идея медицины, на реализацию которой были брошены все технические и фармацевтические средства. Свое почти сакральное воплощение она нашла в середине XX в., когда появились отделения интенсивной терапии, в которых врачи почувствовали себя волшебниками, у которых жизнь человека находится в руках²². Но сегодня стало понятно, что XX в. окончательно изменил структуру болезни. Это изменение произошло объективно — в силу прогресса медицины, победы над теми заболеваниями, от которых раньше человек умирал (успехи борьбы с инфекциями, успехи хирургии, фармацевтики). Теперь эти болезни вошли в хроническую форму²³. Известный американский медицинский антрополог Артур Франк, сам переболевший тяжелой болезнью, вводит поэтому новое социально-философское понятие «общество ремиссии» (*remission society*), обозначающее общество, в котором границы между болезнью и здоровьем фактически разрушены, так что обычная дихотомическая формулировка здо-

²² Вот как описывает свои ощущения от появления реанимационных отделений известный польский врач и философ Анджей Щеклик: «Первое реанимационное отделение в Кракове! Мы, трое врачей, стояли на втором этаже перед еще пустым отделением. Нас распирала молодость и энергия. Ничего невозможного, казалось, не существовало... мы бессознательно испытывали радостную надежду на то, что грядет событие... В своих дерзаниях реаниматор продвинулся так далеко, что, окруженный сверкающими, флюоресцирующими аппаратами, поддерживаемый электроникой, вторгся в область, откуда никогда прежде не было возврата. Он попытался вырвать у смерти тех, кого она уже забрала...» (Щеклик А. Катарсис. О целебной силе природы и искусства. М.: Новое литературное обозрение, 2008. С. 27–28, 41).

²³ «В целом в мире и особенно в развитых странах происходит наступление хронических заболеваний и отступление острых, главным образом инфекционных и паразитарных. Неэпидемические, хронически протекающие болезни вышли на первое место в структуре не только смертности, но и заболеваемости...» (Лисицын Ю. П. Теория медицины XX века. М.: Медицина, 1999. С. 50). Автор также замечает, что для полного определения особенностей патологии в XX веке к хронизации нужно добавить и «невротизацию».

ровья как нормы и болезни как отклонения от нормы поставлена под вопрос²⁴. *Хроническая болезнь* — это невозможность *restitutio ad integrum*, абсолютная необратимость и в биологическом смысле, и в смысле образа жизни. Неслучайно в современной социологии медицины парсоновское понятие «роль больного» дифференцировалось на «роль острого больного», «роль хронического больного», «роль безнадежного больного»²⁵. Медицина должна ориентироваться на *хронического больного как типичный врачебный случай* (возникает даже понятие «хронического врача», ориентированного не столько на пунктуальную этику решений, сколько на этику заботы, сопровождение больного, не имеющее временных границ). Сейчас хроническая болезнь, как отмечает Дернер, — это сфера интимного стыда медицины, ее бессилия и одновременно на фоне эксплицированного фиктивного идеала *restitutio ad integrum* это путь деморализации хронического больного, что нередко приводит с его стороны к «бунтам», суицидам, преждевременному прекращению лечения и т. д.

В итоге Дернер приходит к выводу, что именно этика заботы (*гр.* — *terapia*, *лат.* — *cura*, *англ.* — *care*, *нем.* — *orge*) должна быть названа «*основной позицией врача*». Эмпирически основная позиция врача означает *сверхтребование*, которое никогда нельзя выполнить полностью. Философски основная позиция врача поясняется Дернером с опорой на этику Эмманюэля Левинаса и генетически связанную с ней *респонзивную феноменологию* Бернхарда Вальденфельса. Во-первых, отношения врач-пациент могут быть описаны как

²⁴ Frank A. Wounded Storyteller: body, illness, and ehtics / Arthur W. Frank. Chicago: University Of Chicago Press, 1997. P.8 . Лиза Дитрих, комментируя книгу Франка, пишет: «Раньше пациенты выздоравливали или умирали, сейчас пациенты часто и не выздоравливают полностью и не умирают от своих болезней, но, скорее, находятся *в и вне* состояния ремиссии. Тело пребывает, терзаемое болезнью или ее угрозой. Человек никогда не бывает полностью здоров или определенно болен, находясь где-то между этими состояниями» (Diedrich L. Treatments: Language, Politics, and the Culture of Illness / Lisa Diedrich. Minnesota: University Of Minnesota Press, 2007. P. 3).

²⁵ Denton J. A. Medical Sociology. Boston et al.: Houghton Mifflin, 1978. P. 25.

респонзивный опыт Чужого, на основе *онтологического первенства притязания Чужого* и логики *ответной рациональности*. Здесь работают ключевые концепты этой феноменологии: исключительность Чужого, недостижимость его истока, неизбежность ответа и его креативность, то есть учреждение нового порядка, что в случае с отказом от идеала *restitutio ad integrum* абсолютно релевантно, а также асимметрия отношений²⁶. Во-вторых, отношения врач-пациент могут быть описаны как *радикально пассивный опыт Другого*, при котором мой объективирующий клинический взгляд (т. е. теоретическая активная субъективность) подвергается аннигиляции и Другой обязывает меня предоставить себя в его распоряжение без возможности вернуться к себе, обязывает взять на себя его заботу о самом себе, отвечать за него. Здесь также работают соответствующие концепты: экстерриториальность Другого, неэгоистический дар, диалектика близости и дали и т. п.²⁷ Последнее обстоятельство побуждает Дернера определить роль врача по отношению к пациенту как *дальнего родственника*. Основная позиция врача, т. о., есть *продуктивная пассивность* в отношениях с пациентом, пассивно-асимметричное отношение, подобно тому отношению, которое присутствует матери в ее служении своему ребенку. Это позиция *матерналиста*. Ни о каком центризме медицинского субъекта в этом случае говорить не приходится.

Итак, различия в результате сказанного три возможных типа врачебной этики — *патерналистскую* (центристскую), *конвенциональную* (полицентристскую, этику самоопределения) и *этику заботы* (децентристскую, матерналистскую), Дернер признает практическую необходимость всех трех. Однако если первая позиция (патерналистская) традиционно производится и поддерживается институтами медицины, вторая позиция (принцип ИС) регулируется законодательством, то только третья позиция, основная позиция врача, повисает в воздухе и не имеет никакой поддержки, кроме собственно-

²⁶ Вальденфельс Б. Мотив чужого : сб. : пер. с нем. Мн. : Пропплен, 1999. С. 123–140.

²⁷ См., например, работу Левинаса 1961-го года «Тотальность и Бесконечное» (Избранное. Тотальность и Бесконечное / Э. Левинас. М. ; СПб. : Университетская книга, 2000. С. 66–291).

го врачебного опыта, повседневной заботы врача о добре врачебных действий. И именно поэтому она является основной, *основанием* двух предыдущих, без которой медицина всякий раз будет совершать «предательство при оказании помощи».

Этика заботы может быть прояснена и конкретизирована самым разным образом. В частности, Дернер указывает на два таких способа. Прежде всего, этика заботы становится *нарративной этикой*, реализуя проект В.фон Вайцеккера «разговаривающей медицины». Забота здесь — это «умение слушать бесконечно долго»: «Позиция такова, что в ней любая проблема времени утрачивает свое значение»²⁸. Врач-слушатель становится посредником в приключениях хронического больного, побуждая его рассказывать о своей жизни всякий раз по-новому, интегрируя болезнь в проект жизни, врач становится ответственным за нравственную карьеру пациента. При этом речь врача, по Вальденфельсу, должна отказать от первого и последнего слова²⁹.

В этой связи следует специально упомянуть о редукции и медиализации *анамнезиса* в современных лечебных практиках. Сегодня практически нет *анамнезиса* как живого воспоминания больного об истории своего заболевания или заболеваний, а есть *анамнез* как набор диагнозов, записываемый врачами в индивидуальные истории болезни. Речь больного, его реконструкция истории заболевания в контексте истории своей жизни, реконструкция, которая ранее (например, в античной медицине) имела существенный терапевтический смысл, сегодня практически ушла из медицины соматических заболеваний.

Второй способ реализации этики заботы Дернер видит в *самоограничении* врача и логике его действий, исходящей

²⁸ Дернер К. Указ.соч. С. 74.

²⁹ Н. А. Магазанчик приводит такие данные: по результатам специальных исследований, стало известно, что в 1988 г. врачи в США давали больным в среднем 18 секунд для изложения своей проблемы, а затем для экономии времени сразу переходили к активному допросу, выпрашивая только то, что сами считали существенным. В 1999 г. время монолога пациента увеличилось на 5 секунд, составив 23 секунды! (Магазанчик Н. А. Врачевание и психология. М. : Медкнига, 2007. С. 28).

из задач *деинституционализации*. Дело в том, что самоограничение врача в институциональных условиях порождает парадоксы. Радикальная цель самоограничения врача — действовать так, чтобы в конечном итоге сделать свое присутствие ненужным. Однако для этого медицина должна быть максимально эффективной. Но в поисках большей эффективности медицина становится все более экспансивной и незаменимой (и качественно, и количественно). Это проявляется в частности в росте институционализации медицинской помощи. А медицинские институты *принуждены* рынком к экономическому росту. Так что они начинают все больше существовать для самих себя, возникает «госпитализм», менталитет больницы, врач теперь смотрит на мир с точки зрения клиники. Поэтому врач, следуя основной позиции врача, должен в повседневной больничной практике руководствоваться установкой на деинституционализацию, то есть, как минимум, не руководствоваться интересами больницы и *трудиться над своей «ненужностью»*, а как максимум, стремиться к организации амбулаторного лечения и лечения на дому (диализ, искусственное дыхание, лечение инвалидов сегодня уже проводятся на дому). Процесс лечения, переместившийся в силу индустриализации медицины из квартир в больницы, должен быть развернут в обратном направлении. В США возник даже девиз: «Больницей будущего станет больница без адреса».

Наконец, Дернер намечает еще две новые темы, связанные с основной позицией врача.

1. *Этика заботы и интересубъективность*. Речь идет о том, что болезнь необратимым образом порождает сообщество, поскольку, с одной стороны, прерывает *самозабвение*, вызывает самоотношение, отграничивает от мира, проблематизируя межличностные отношения, но, с другой стороны, она отчуждает «Я» от самого себя и взывает к Другому, учреждая общность на новом уровне.

2. *Медицина триалога*. Социальная «привязка» неустойчивой этической диады врач-пациент возможна только благодаря *триангуляции*, выстраиванию отношений: врач — пациент — родственник.

Итак, Дернер очерчивает совершенно новые горизонты биоэтики, в рамках которых появляется возможность обоснования имманентной врачебной этики, осуществления практического синтеза медицины и философии и возможность ответа на вечный вопрос, что же такое «хороший врач».